



Oggetto: Documenti per la richiesta di ricovero in lungodegenza cod. 60 da domicilio del paziente.

1. Il MMG formula la richiesta di ricovero in struttura LPA cod.60, chiedendo l'attivazione della UVBR Aziendale su ricetta del SSR, riportando la dizione "Valutazione UVBR per eventuale accesso in LPA cod.60";
2. Alla ricetta, il MMG deve allegare una relazione dettagliata contenente informazioni sui problemi clinici assistenziali dell'Assistito;
3. Redigere la Scheda Valutazione Accesso Struttura cod.60 (Modello SV. A. cod.60, allegato 1);
4. La richiesta di ricovero, completa della documentazione su indicata, firmata e timbrata, va inviata alla commissione UVBR Distrettuale*

La commissione, dopo aver valutato la documentazione su indicata, può:

- a) Autorizzare il ricovero e provvedere alla elaborazione del Piano Terapeutico-Assistenziale/Progetto Riabilitativo Individuale per l'accesso alla struttura LPA cod.60;
- b) Richiedere integrazione documentale;
- c) Non autorizzare il ricovero cod.60.

L'esito della valutazione della Commissione sarà inviato sia al MMG proponente a mezzo PEC, sia al Direttore Sanitario di residenza dell'Assistito.

5. In caso di autorizzazione al ricovero, il MMG provvederà a redigere l'impegnativa per il ricovero LPA cod.60 che, correlata del Piano Terapeutico - Assistenziale/Progetto Riabilitativo Individuale trasmesso dalla UVBR aziendale, sarà consegnata ai familiari/tutore dell'assistito per il ricovero presso la Struttura.
6. Effettuare tampone molecolare praticato 48 ore precedenti il ricovero.

*** Dal 22.07.22 in riferimento alla procedura dei ricoveri dal domicilio si evidenzia che saranno le UVBR Distrettuali a provvedere entro 7 giorni dalla richiesta inoltrata dal MMG ad effettuare le valutazioni relative ai ricoveri in struttura di lungodegenza (COD.60), come da nota ASL Prot. N. 324632/Dir.San. del 22.07.22.**

Modello Scheda Valutazione Accesso Struttura COD.60 Dal Domicilio	Regione Campania ASL Caserta	Alla UVBR Aziendale Cod.60
---	---------------------------------	-------------------------------

Dati Identificativi del Paziente

Cognome _____ Nome _____ Sesso F M				
Luogo e data di nascita _____ C.F. _____				
Residenza _____ Domicilio _____				
Via _____ Rec. Tel Ab. _____				
Rec.Tel Fam. _____ Titolo di studio _____ Cittadinanza _____				
Stato Civile				
Celibe/nubile	Coniugato/a	Separato/a	Vedovo/a	Convivente
ASL			DISTRETTO	
MMG (Cognome, Nome, Cellulare)				

Diagnosi: _____ _____ _____
DATA EVENTO ACUTO: ____/____/____

DATI BIO-ANTROPOMERI

Data	Peso Kg	Altezza in m	IMC	PA mm/Hg	FC bpm	FR a/m

TAB.1 CONDIZIONI PATOLOGICHE

Ritardo Mentale	SI	NO	Demenza	SI	NO	Disturbo Psichiatrico	SI	NO
-----------------	----	----	---------	----	----	-----------------------	----	----

TAB.2- FUNZIONE CORPOREE

Categorie	Codice	Qualificatore	Categoria	Codice	Qualificatore
Funzioni intellettive	b117		Deglutizione	b5105	
Funzioni psicosociali globali	b122		Continenza fecale	b5253	
Recepire il linguaggio	b1670		Continenza urinaria	b6202	
Espressione del linguaggio	b1671		Funzioni della mobilità articolare	b710	
Funzioni della vista	b210		Funzione della forza muscolare	b730	
Funzioni additive	b230		Funzione del tono muscolare	b735	
Sensazione di dolore	b280		Funzioni del movimento involontario	b765	
Tolleranza esercizio fisico	b455		Funzioni del pattern dell'andatura	b770	
Masticazione	b5102		Funzioni protettive della cute	b810	

Se in qualsiasi FUNZIONE dovesse rilevarsi un qualificatore >3 compilare la Tabella 4 Scheda ISM.

