



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA**  
Via Unità Italiana, 28 – 81100 Caserta  
Direzione Sanitaria

Ai Direttori Responsabili dei Distretti Sanitari

Asl CE Prot. n. 324632/DIR. SAN. del 22-07-2022<sup>D.C.</sup>,

**\*2022-C90041-324632\***

COMMISSIONE LPA COD. 60 RICOVERI DAL DOMICILIO...

Al Direttore Generale ASL Caserta

Al Coordinatore dei Distretti Sanitari

Al Dirig. Resp. UOSD Controllo Case di Cura  
e, per il suo tramite,

Ai Diret. Sanit. Case di Cura accredit. LPA cod.60

Oggetto: commissione LPA Cod.60, ricoveri dal domicilio - disposizioni.

Atteso che n.2 componenti della Commissione in oggetto hanno rassegnato le dimissioni e che vi sono per l'approssimarsi del periodo di ferie estive difficoltà operative a garantire il regolare funzionamento, al fine di assicurare la regolare attività valutativa e quindi la redazione dei Piani Riabilitativi Individuali (PRI) necessari per l'accesso ai ricoveri in strutture di Lungodegenza Post Acuzie Cod.60, con decorrenza immediata e fino a nuova comunicazione, nelle more del reperimento del personale sostituto e di quanto necessario alla risoluzione della problematica, si dà mandato alle UVBR distrettuali di effettuare le succitate valutazioni da provvedere entro 7 giorni dalla richiesta.

I Direttori di Distretto predisporranno le opportune informative ai soggetti interessati al percorso (UVBR distrettuali e MMG).

Si ricordano brevemente i criteri di appropriatezza previsti dalla D.D.G ASL Caserta n.402 del 11/03/2021 per tale tipologia di ricoveri alla quale, per completezza, si rimanda:

- *soggetti affetti da patologie cronico- recidivante, ben definita sul piano diagnostico, con quadro clinico non più stabilizzato, non compatibile con le cure domiciliari o con passaggio ad altre forme di assistenza extraospedaliera, ivi compresa la residenzialità, ma che non necessitano di ricovero in unità operativa per acuti;*
- *soggetti in compenso clinico dimessi da un'unità operativa medica o chirurgica, non oltre novanta giorni prima, con persistenza di limitazione funzionale ancora parzialmente recuperabile con un intervento di riabilitazione estensiva;*
- *i soggetti con complicanze d'interventi chirurgici, in particolare di protesi di anca o ginocchio o da fratture recenti (non oltre trenta giorni prima), che richiedono cure continuative prima che si realizzino le condizioni per il passaggio alla riabilitazione intensiva (es. pazienti con divieto di carico nell'immediata post acuzie).*

Si allega alla presente la modulistica all'uopo predisposta, ovvero il mod.PTA/PRI per la redazione del PRI e il mod.REL/MMG per la non autorizzazione, da inviare in riscontro alle richieste dei MMG richiedenti. Restano invariate le modalità di invio.

Distinti saluti

Il Presidente della Commissione  
dott. Pasquale Cerullo

Il Direttore Sanitario Aziendale  
dott. Marco De Fazio

<p>MD PTA/PRI</p>	<p><i>Regione Campania</i> <i>ASL Caserta</i> <i>Piano Terapeutico Assistenziale / Progetto Riabilitativo Individuale</i> <i>(Lungodegenza – Cod. 60 –)</i></p>	<p>UVBR Distretto n. _____</p>
-----------------------	---	--

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

DS \_\_\_\_\_ MMG proponente \_\_\_\_\_

Data evento acuto \_\_\_\_\_ Data Ultimo ricovero \_\_\_\_\_

**Diagnosi che determina il ricovero**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ punteggio \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ punteggio \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ punteggio \_\_\_\_\_

**Area di intervento**

1. Internistica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Riabilitativa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ausili utilizzati : \_\_\_\_\_

**PIANO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE**

Bisogno sanitario \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assistenza Infermeristica \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE**

Metodologie degli interventi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Risorse Umane da impegnare \_\_\_\_\_

Risorse tecniche da impegnare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OBIETTIVI**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Durata del ricovero proposto gg. \_\_\_\_\_ Prot. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**UVBR Distrettuale**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MD REL /MMG	<b>Regione Campania</b> <b>ASL Caserta</b> <i>Piano Terapeutico Assistenziale / Progetto Riabilitativo Individuale</i> <i>(Lungodegenza – Cod. 60 –)</i>	UVBR Distretto N. _____
----------------	---	-------------------------------

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

DS \_\_\_\_\_ MMG proponente \_\_\_\_\_

Data evento acuto \_\_\_\_\_ Data Ultimo ricovero \_\_\_\_\_

<b>Diagnosi di accesso</b>	<hr/> <hr/> <hr/>
Strumento utilizzato _____	punteggio _____
<b>NON SI AUTORIZZA</b>	
MOTIVAZIONE _____	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>UVBR Distrettuale</b>	
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Prot. n. _____ del _____	