

**AZIENDA SANITARIA LOCALE "SALERNO 1"**

**DISTRETTO SANITARIO N° \_\_\_\_\_**

**UNITÀ OPERATIVA ASSISTENZA ANZIANI**

**Sede \_\_\_\_\_**

**Tel. \_\_\_\_\_**

Modulo A1

**Il paziente Cognome e Nome \_\_\_\_\_**

**Nat \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_**

**Residente a \_\_\_\_\_**

**Via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_**

**Tel. \_\_\_\_\_ Codice fiscale**

**Può usufruire dell'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) Anziani, avendo:**

**A) i seguenti criteri generali di ammissibilità:**

- Residenza nel territorio dell'A.S.L. SA 1;
- Età  $\geq$  65 anni;
- Supporto familiare adeguato o presenza continuativa di un referente, con delega di un familiare, (da ritenere presupposto essenziale per l'erogazione del Servizio A.D.I.);
- Necessità di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa ed eventualmente sociale (di competenza dei Comuni),

**B) almeno uno dei seguenti criteri clinici di ammissibilità:**

- Diabete mellito complicato;
- Patologia cronica cardiaca complessa;
- Insufficienza respiratoria cronica;
- Artero-venopatie severe degli arti inferiori;
- Postumi di fratture ossee;
- Esiti di ictus cerebrale;
- Malattie neoplastiche ed emato-oncologiche in fase preterminale e terminale;
- Sindrome da immobilizzazione ad eziologia varia;
- Altre polipatologie croniche degenerative.

**Data, Timbro e Firma del M.M.G.**

**Tel.** \_\_\_\_\_

**Cell** \_\_\_\_\_

**Fax** \_\_\_\_\_