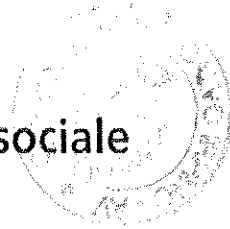




ambito A1 pianosociale



25
26.10.18
26.10.18
[Signature]

AZIENDA CONSORTILE PER LA GESTIONE DELLE POLITICHE SOCIALI NEI COMUNI DELL'AMBITO TERRITORIALE N. A1

Regolamento per l'Accesso alle Prestazioni Socio Sanitarie

ART. 1

Obiettivo

I percorsi integrati socio sanitari si realizzano attraverso procedure unitarie e condivise tra ASL e Comuni associati in Ambiti Territoriali per l'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti prestazioni socio sanitarie.

In questo regolamento si delineano le procedure operative per l'attuazione del percorso integrato e per l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie .

ART. 2

Definizioni di prestazioni socio sanitarie

L'insieme delle prestazioni socio sanitarie si caratterizza in tre tipologie a seconda della maggiore o minore presenza di fattori sociali o sanitari.

Le prestazioni sono individuate quali:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria
- prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione.

La prima tipologia, **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, risponde alla necessità di mettere in atto prestazioni tese alla promozione della salute, alla prevenzione, all'individuazione, alla rimozione e al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite. Tutte queste prestazioni sono di competenza delle Aziende Sanitarie Locali e a carico delle stesse, inserite in progetti personalizzati ed erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

La seconda tipologia di prestazioni si caratterizza per la forte componente sociale, da qui il nome di **prestazione sociale a rilevanza sanitaria**, correlata a particolari stati di bisogno dovuti a problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Queste prestazioni sono di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi.

La terza tipologia prevede invece le **prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione**. Questa tipologia si configura per tutte quelle particolari situazioni in cui non è possibile definire la prevalenza dell'uno o dell'altro fattore sociale o sanitario poiché la complessità è tale da non poter scindere le due fattispecie caratterizzate dal concorso di più apporti professionali sociali e sanitari, tali da rendere la prestazione inscindibile e indivisibile.

Di queste prestazioni, alcune vengono definite **prestazioni socio – sanitarie compartecipate**. Le prestazioni socio – sanitarie cosiddette compartecipate sono quelle prestazioni nelle quali la componente sanitaria e sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali l'entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza delle AA.SS.LL. e del Consorzio di Comuni (DPCM 14.02.01 e allegato 1 C del DPCM 29.11.01).

Attengono prevalentemente alle aree:

- **materno infantile;**
- **anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative;**
- **disabilità;**
- **patologie psichiatriche;**
- **dipendenze da droga, alcol e farmaci;**
- **patologie per infezioni da HIV e patologie terminali.**

Allegato 1 - 2 -

Si articolano in Prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali.

L'Allegato 1C del DPCM del 29.11.01 così definisce le otto prestazioni oggetto di compartecipazione:

Assistenza Domiciliare

Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP) – comprese le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona [prestazioni a domicilio di medicina generale, pediatria di libera scelta b) prestazioni a domicilio di medicina specialistica; c) prestazioni infermieristiche a domicilio d) prestazioni riabilitative a domicilio e) prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona f) prestazioni di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa]

Assistenza semiresidenziale

- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali** – prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio-riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi;

- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani** – prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo;

Assistenza residenziale:

- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie**
– prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale;

- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali** – prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in regime residenziale per disabili gravi;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali**
 - prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in regime residenziale per disabili privi di sostegno familiare;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani**
 - prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone con infezione da HIV**
 - prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale.

ART. 3

Porta Unitaria d'accesso

La Porta Unitaria di Accesso, come definito dalla Legge Regionale 11/2007, "va intesa come funzione esercitata sia dal segretariato sociale per i comuni, sia dai distretti sanitari per le ASL, con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti". La P.U.A. rappresenta quindi l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e compartecipata (di natura domiciliare, residenziale e semiresidenziale). Laddove non sia ancora attivata la PUA, la richiesta di accesso arriverà e sarà inoltrata all'UVI direttamente dalle UUOO distrettuali competenti utilizzando la scheda di cui all'allegato1. In attesa della definizione di una scheda unica regionale ogni distretto utilizzerà la modulistica attualmente in uso.

ART. 4

U.V.I.

L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) si qualifica come strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare di situazioni di bisogno socio-sanitario complesso, e per la predisposizione e proposta all'utente del progetto assistenziale individuale (PAI).

L'U.V.I., ponendosi in una logica di presa in carico globale ed integrata, ha il compito di:

- effettuare una "diagnosi" del bisogno socio-sanitario complesso, a partire dalla domanda espressa dall'utente e dalla sua famiglia (il "sintomo" portato);
- utilizzare le proprie competenze per una valutazione complessiva e tecnica dei bisogni dell'utente;

Allegato 1 - 3 -

- individuare, all'interno della rete, il servizio o i servizi più idonei a soddisfare i bisogni rilevati;
- modulare sul singolo caso l'offerta di servizi a seconda dell'evoluzione del bisogno.

L'U.V.I. si riunisce di norma presso il Distretto Sanitario salvo diverse esigenze per le quali risulti opportuno utilizzare un'altra sede sanitaria territoriale od extraterritoriale (strutture residenziali extra

ASL) o presso la sede dei servizi sociali territoriali coinvolti, oppure presso il domicilio del richiedente la prestazione.

La composizione delle UU.VV.II è oggetto di una comunicazione annuale alla Regione da parte di ogni Piano di Zona, controfirmata dal Direttore di Distretto Sanitario competente territorialmente.

ART. 5

L'accesso alle prestazioni

Gli attori della Porta Unitaria di Accesso dovranno discriminare il bisogno espresso dal cittadino (*valutazione di primo livello*) ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio ai servizi sanitari o sociali o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata.

Ad un **bisogno semplice** corrisponde l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o sociali che non richiedono una valutazione multidimensionale; ad un **bisogno complesso**, invece l'erogazione di prestazioni integrate sociali e sanitarie per il quale è necessaria la definizione di un progetto personalizzato in sede di Unità di Valutazione Integrata che preveda il coinvolgimento di molteplici professionalità.

La richiesta di accesso o segnalazione alla PUA può essere attivata:

- dal singolo cittadino interessato;
- da un familiare, parente o componente della rete informale (es. vicinato)
- da un tutore giuridico;
- da Servizi sanitari (UO ospedaliera, UO distrettuali etc; strutture residenziali)
- da altri servizi sociali dell'ambito territoriale.

La richiesta deve essere effettuata attraverso una specifica modulistica elaborata ad hoc e contenere

- Dati anagrafici del cittadino e recapiti (nome e cognome, codice fiscale, n. telefono, ecc.)
- Indicazione di chi ha effettuato la segnalazione (cittadino, familiare ecc.)
- Tipo di bisogno/domanda espressa/verbalizzata (in sintesi)
- Invio diretto ai servizi sanitari o sociali nel caso di bisogno semplice
- Attivazione del percorso integrato di presa in carico nel caso di bisogno complesso

In tutti i casi in cui la segnalazione/richiesta non è stata effettuata dal diretto interessato, occorre prevedere di acquisire la liberatoria affinché PUA e UVI possano operare il processo d'integrazione socio-sanitaria.

È opportuno in tal senso che la modulistica unica adottata per la domanda di accesso preveda un campo in cui il cittadino o il suo tutore giuridico esprima il consenso informato al trattamento dei dati da parte dei diversi soggetti della rete di servizi sociali e sanitari, nel rispetto della normativa sulla privacy e della L.241/90 in merito alla responsabilità del procedimento.

ART. 6

Ammissione alle prestazioni socio sanitarie

In seguito alla valutazione di primo livello, nel caso di risposta complessa, viene formulata la Proposta di Ammissione alle prestazioni socio sanitarie .

La Proposta di Ammissione è formulata dall'UO distrettuale competente o dal Servizio Sociale Professionale in

raccordo con il MMG, stante il consenso informato ed il rispetto della privacy del diretto interessato. La proposta di Ammissione è inviata al Direttore del Distretto Sanitario (o suo delegato) e al Coordinatore dell'Ufficio di Piano (o suo delegato).

La convocazione dell'UVI è affidata al Direttore del Distretto Sanitario o suo delegato.

La Proposta di ammissione deve contenere, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso, le seguenti informazioni:

- bisogno/problema rilevato
- prima valutazione sulla presenza dei requisiti per l'attivazione delle prestazioni socio sanitarie
- prima ipotesi di intervento
- tempi di attivazione dell'UVI

Allegato 1 - 4 –

Sulla base della proposta per l'ammissione alle prestazioni socio sanitarie viene convocata l'UVI entro il limite massimo di 72 ore dalla richiesta. Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria una presa in carico immediata, dato il prevalente bisogno sanitario. In questi casi l'accesso all'ADI/CDI dovrà essere in un primo momento esclusivamente sanitario e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di UVI per rispondere a bisogni di natura sociale.

ART. 7

La valutazione multidimensionale a cura delle UVI e l'individuazione del Case Manager

La valutazione multidimensionale è attivata, come detto, nel caso in cui si ravvisino problemi complessi che richiedono una valutazione delle diverse dimensioni sanitario assistenziali sociali. Rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Personalizzato. La valutazione multidimensionale viene effettuata da un team multiprofessionale, l'Unità di Valutazione Integrata (UVI), con competenze multi disciplinari, in grado di leggere le esigenze di persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale.

Va istituita almeno una UVI per ogni distretto sanitario, secondo quanto definito nei Piani di Zona e nei PAT. All'UVI devono partecipare i seguenti componenti:

Per la parte sanitaria

- M.M.G./P.L.S

-Medico dell'U.O. distrettuale competente formalmente delegato alla spesa da parte del Direttore del Distretto

Per la parte sociale

- assistente sociale individuato dall' Ambito Territoriale e/o referente d'area per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano;

- rappresentante del comune di residenza dell'utente formalmente delegato all'assunzione della spesa sociale.

- Utente e/o familiare di riferimento munito di certificazione ISEE di cui al regolamento di compartecipazione comunale alla spesa sociosanitaria ex decreto n.6/2010.

In caso di ricovero presso strutture socio sanitarie accreditate e/o contrattualizzate, se il Direttore del Distretto ne ravvede la necessità ,potrà intervenire all'UVI il rappresentante della struttura per acquisire gli estremi del Consorzio /utente per la fatturazione della quota sociale.

La normativa regionale considera obbligatoria la partecipazione alle Unità di Valutazione Integrata e necessario l'assenso del rappresentante di ogni ente al progetto individuale concertato nell'UVI stessa, ai fini dell'erogazione della prestazione e della relativa assunzione di spesa. Nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito, formalmente convocato, risulti assente a due sedute consecutive delle UU.VV.II., la A.S.L. procederà alla valutazione dell'assistito e le relative risultanze sono vincolanti ai fini della compartecipazione.

L'UVI può essere integrata, con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche o altre figure necessarie legate alla valutazione del singolo caso.

L'atto di convocazione delle UVI deve prevedere i nomi dei componenti e i loro ruoli, anche in funzione dell'autonomia decisionale in ordine alla spesa o ai tempi di attivazione delle diverse prestazioni:

- effettua la *valutazione multidimensionale* del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello);
- elabora il Progetto Personalizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato.
- Stabilisce la percentuale di compartecipazione alla spesa socio sanitaria da parte dell'ASL e del comune/utente .

La *valutazione multidimensionale* dell'UVI deve essere effettuata con strumenti specifici, al fine di rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione, strumenti resi disponibili dalla Regione Campania sulla base delle sperimentazioni già effettuate con la scheda SVAMA e la classificazione ICF.

Considerato che, di norma, la presa in carico deve avvenire entro 20 giorni dalla richiesta di accesso, per garantire il rispetto di tale tempistica, la valutazione multidimensionale a cura dell'UVI deve concludersi, con la redazione del Progetto Personalizzato.

Allegato 1 - 5 –

In sede UVI viene individuato il *Case Manager o Responsabile del caso*, un professionista che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona in carico al servizio. Il *Case Manager o Responsabile del caso* ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. È fondamentale che sappia costruire un dialogo costante con la persona assistita e/o la sua famiglia. Il *Case Manager o Responsabile del caso* assicura che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, senza sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti di assistenza.

È importante distinguere tra la responsabilità clinica del caso, che rimane in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari) e la responsabilità del Progetto

Personalizzato, che è appunto del *Case Manager o Responsabile del caso*. Il ruolo di Case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente: può quindi essere una figura sanitaria o sociale, in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative. Il responsabile del caso viene individuato in sede UVI ed è all'UVI che deve direttamente rispondere funzionalmente del suo operato.

Visto l'impegno che tale funzione richiede, è opportuno affidare ad uno stesso operatore un numero limitato e compatibile di casi da coordinare.

ART. 8

La redazione del Progetto Personalizzato

Alla valutazione multidimensionale segue la elaborazione del Progetto Personalizzato. L'UVI elabora il Progetto

In vista di una informatizzazione del sistema la Regione provvederà ad elaborare uno strumento di riferimento (un modulo predefinito digitale) per la redazione del Progetto Personalizzato.

L'UVI, nel rispetto di quanto definito nel decreto n.49/2010 del Commissario di Governo nominato con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24/04/2010, ha i seguenti compiti:

- 1) Definisce gli indicatori di accesso utili ad individuare priorità e tempi necessari alla valutazione;
- 2) Applica gli strumenti idonei e standardizzati per la valutazione multidimensionale (schede e scale di valutazione sanitaria e sociale: **SVAMA**);
- 3) Elabora il PAI comprendente obbligatoriamente:
 - gli obiettivi essenziali da raggiungere
 - la tipologia della prestazione
 - la durata presumibile degli interventi assistenziali
 - tempi di verifica dell'andamento del PAI
 - i costi della prestazione e la ripartizione percentuale dei costi tra ASL e comune/utente
 - le modalità di pagamento all'ASL della quota sociale del comune/utente
 - la firma per accettazione dell'utente e/comune della quota compartecipata a proprio carico.

Il PAI deve necessariamente contenere il seguente set di informazioni:

- Anamnesi del Medico di Medicina Generale (M.M.G.) o del Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.);
- Anamnesi socio□ambientale del singolo e/o del nucleo familiare a cura dei servizi sociali d'ambito;
- Diagnosi socio□sanitaria;
- Diagnosi sociale;
- Individuazione risorse personali;
- Individuazioni risorse familiari;
- Indicatore della situazione economica del singolo e/o del nucleo familiare di riferimento (I.S.E. e I.S.E.E.);
- Obiettivi dell'intervento integrato;
- Metodologia;
- Prestazione sanitaria dettagliata e operatori coinvolti;
- Prestazione sociale dettagliata e operatori coinvolti;
- Eventuali moduli, schede, protocolli, relazioni, certificazioni, frutto della professionalità, dell'esperienza, della competenza dei componenti e/o delle unità operative e dei servizi che questi rappresentano (es. Unità Valutazione Geriatrica, scheda di rischio sociale, schede operative della pediatra di comunità).

Allegato 1 - 6 -

- 4) individua il Case Manager responsabile distrettuale della presa in carico deputato a seguire il percorso del PAI di cui è il garante .Verifica costantemente la corrispondenza tra gli obiettivi prefissati, i risultati raggiunti e le risorse impiegate;

- 5) individua il Case Manager deputato a seguire il processo di assistenza e di attuazione degli interventi previsti nel PAI nella figura preferibilmente del MMG/PLS;
- 6) trasmette il PAI per l'autorizzazione, al Direttore Sanitario del Distretto il quale provvederà, se non già ottenuta dal rappresentante del comune o del PdZ in commissione UVI, ad ottenere l'autorizzazione di competenza dal responsabile del PdZ di riferimento per la definitiva attivazione del PAI;
- 7) acquisisce il consenso formale del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato e al pagamento dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa definita dalla certificazione ISEE;
- 8) Propone, ai sensi dell'art.2.3 parte II delle " linee di indirizzo sull'assistenza residenziale, semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della l.r. 22 aprile 2003 n° 8 " della DGRC 2006/04, il ricovero in R.S.A. o C.D. , a parità di gravità ed urgenza e tenendo conto della libera scelta del cittadino e delle migliori possibilità di salvaguardare le sue relazioni sociali, applicando l'ordine definito dall'art.2.3 stesso
- 9) verifica e rivaluta l'andamento complessivo del PAI secondo i tempi di revisione definiti dalla DGRC 2006/2004. Da tali rivalutazioni può scaturire un nuovo PAI modificativo del precedente; stabilisce le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- 10) provvede alla tenuta ed archiviazione dei fascicoli personali dei pazienti.

Con il consenso informato si conclude la fase preliminare della presa in carico del cittadino, che deve essere conclusa, come già indicato al paragrafo precedente, entro 20 giorni dalla data della richiesta di accesso.

Qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato il Progetto Personalizzato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità □ disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori. Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno ratificate dall'UVI.

Copia del Progetto Personalizzato è conservata presso l'UVI in un fascicolo personale, nel quale è conservata tutta la documentazione relativa all'assistito (proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, ecc.) nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs 196/2003).

Copia dello stesso progetto è inviata agli uffici competenti del Distretto Sanitario e all'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale, sia per l'attivazione del servizio integrato, sia per le funzioni di monitoraggio.

ART . 9

Fatturazioni prestazioni residenziali socio sanitarie

A partire dal 1° gennaio 2012 è fatto obbligo alle strutture che erogano prestazioni sociosanitarie soggette alla compartecipazione di cui all'allegato 1C del D.P.C.M. del 29.11.2001, e secondo le disposizioni di cui all'allegato C del Decreto Commissariale 6/2010, di fatturare alla ASL nel cui territorio opera la struttura esclusivamente le tariffe dovute per la componente sanitaria, e all'utente /Comune la restante quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali di seguito riportate:

- ASL Consorzio /utente Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP) per prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona 50% 50%

- Servizi semiresidenziali per disabili fisici psichici e sensoriali per prestazioni diagnostiche terapeutiche e socio riabilitative 70% 30%
- Servizi semiresidenziali per anziani e demenze: per prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti ivi compresi interventi di sollievo 50% 50%

Allegato 1 - 7 -

- Servizi residenziali per disabili fisici psichici e sensoriali: prestazioni terapeutiche e socio riabilitative per disabili gravi 70% 30%;
- Servizi residenziali per disabili fisici psichici e sensoriali: prestazioni terapeutiche e socio riabilitative per disabili privi di sostegno 40% 60%;
- Servizi residenziali a favore di anziani per prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti ivi compresi interventi di sollievo 50% 50%;
- Servizi residenziali per persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie per prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale 40% 60%;
- Servizi residenziali a persone affette da AIDS per prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungo assistenza 70% 30%;

Nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito, formalmente convocato, risulti assente a due sedute consecutive delle UU.VV.II., la A.S.L. procederà alla valutazione dell'assistito e le relative risultanze sono vincolanti ai fini della compartecipazione e della relativa fatturazione.

ART. 10

Modalità di Versamento all' ASL delle Quote di Compartecipazione Sociale per i ricoveri presso strutture sociosanitarie dell'ASL

La quota mensile di competenza del consorzio e/o utente relativa alla prestazione sociosanitaria erogata nelle strutture socio sanitarie aziendali, dovrà essere versata al termine del mese successivo a quello di riferimento, attraverso bonifico bancario IBAN n. IT89P0760115100000013435839 o CCP n 13435839. intestato all'ASL Avellino inserendo obbligatoriamente la causale "quota sociale per (cognome, nome, data di nascita, comune di residenza dell'utente) con ricovero (specificare tipologia) nel periodo (specificare mese ed anno) nella struttura (denominazione struttura)".
Copia del versamento dovrà essere consegnata al Distretto Sanitario territorialmente competente ed alla
Direzione Sanitaria della struttura.

ART. 11

Approvazione Regolamento

Il regolamento per l'accesso alle prestazioni socio sanitarie è approvato, previa specifica deliberazione, dal
Direttore Generale dell'ASL di Avellino .

ART. 12

Norme Di Rinvio

Per tutto quanto non previsto dal presente regolamento si fa rinvio alle vigenti disposizioni di legge ed a

protocolli operativi specifici demandati alla competenza dei distretti sanitari e degli ambiti sociali di riferimento

Allegato 1 - 8 -

logo ambito

Set Minimo per scheda di accesso P.U.A. al sistema dei servizi

PROFILO PERSONALE

ASL. AVELLINO

Distretto: _____

Ambito:

Punto di accesso: _____

U.O. _____ distrettuale

specificare:

M.M.G/P.L.S.

SEGR.SOCIALE

Data scheda

___/___/_____

N° riferimento interno _____

Codice Identificativo univoco (generato dal sistema informativo sociale e sanitario)

Richiesta di segnalazione a cura di:

- ✓ Familiare _____
- ✓ Parente componente della rete informale _____
- ✓ Tutore giuridico _____
- ✓ U.O. ospedaliere: _____
- ✓ U.O. distrettuali : _____
- ✓ strutture residenziali : _____
- ✓ altri servizi sociali dell'ambito territoriale: _____
- ✓ altro: _____

Dati dell'assistito

Cognome _____ Nome

Data nascita ____/____/____

Genere M F

Luogo _____ Nascita

Codice _____ Fiscale/STP

Indirizzo _____ dell'Assistito:

Recapiti _____ Telefonici

Comune _____ di _____ residenza

Stato _____ estero _____ assistito

Regione _____ di _____ residenza _____ dell'assistito

A.S.L. _____ di _____ residenza _____ dell'assistito

Nome _____ Cognome

A.S.L. _____ Distretto

Medico _____ dell'assistito

mmg _____

pls

Indirizzo

Utente

già

in

carico

- Servizi sociali
- Servizi sanitari
- Altro (specificare)

Attualmente fruisce di servizi

- Servizi sociali
- Servizi sanitari
- Altro (specificare)

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA

COGNOME

e

NOME

VIA _____

COMUNE

TELEFONO _____

RUOLO _____

Stato civile

1_ celibe/nubile

2_ coniugato/a

3_ separato/a

4_ divorziato/a

5_ vedovo/a

7_ convivente

8_ non dichiarato

Condizione lavorativa

- ✓ Occupato/a
- ✓ Occupazione stabile
- ✓ Occupazione temporanea
- ✓ Occupazione precaria
- ✓ In forma dipendente
- ✓ In forma autonoma
- ✓ Disoccupato/a _ pensionato/a _ cassintegrato/a

Altro (Specificare) _____

RICHIESTA ESPRESSA DALL'UTENTE:

- ✓ Assistenza domiciliare.
- ✓ Ricovero in struttura Residenziale
- ✓ Ricovero in struttura Semiresidenziale

Contributo economico

Altro

(specificare) _____

BISOGNO RILEVATO DALL'OPERATORE :

PRIMA VALUTAZIONE

- Bisogno semplice sociale/ sanitario
- Bisogno complesso
- Caso urgente

ATTIVAZIONE DEI SERVIZI:

SERVIZI ATTIVATI:

- sociale
- sanitario
- Invio al percorso integrato /attivazione U.V.I.

Eventuale documentazione allegata:

Ruolo _____ / _____ Firma _____ Operatore

Consenso informato

Il Sottoscritto _____ in qualità di
(specificare) _____

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del d.lgs. 196/2003 SI _ NO _

Allegato 1 - 10 -

Luogo _____ e Data _____
Firma _____

Modulo 1

Distretto di _____

UO _____

Modulo di richiesta di ricovero in RSA/CD Aziendali

Allegato 1 - 11 -

Proposta di ricovero in

RSA

CD

Dott _____

ambulatorio _____

Medico _____ Medicina

Generale _____

Altro _____ medico

(specificare) _____

Segnalazione del paziente effettuata da:

- ✓ Medico Medicina Generale
- ✓ Ospedale o Medico Prescrittore
- ✓ Servizi Sociali o familiari
- ✓ Altro

Data _____

Firma _____ e Timbro

Modulo 2

Distretto _____ di _____

UO _____

Paziente: _____ Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____
 ____/____/____

Residenza _____ Via _____
 n° _____

Domicilio assistenza _____ Via _____
 n° _____

☐ _____ Codice Fiscale _____ Esenz. Ticket

n _____

MMG Dott. _____

Tel ambulatorio

Allegato 1 - 12 -

Progetto Assistenziale Individuale

Primo ricovero

Ricovero successivo

PROPOSTA DI PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

PROBLEMA

CLINICO _____

OBIETTIVI PREFISSATI

Periodi di ricovero

✓ Residenziali

✓ semiresidenziali precedentemente effettuati

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Verbale Unità Valutazione Integrata

Prot. n _____ del _____

Paziente _____

Cognome _____

Nome

Luogo di nascita _____ data di nascita
____/____/____

Residenza _____ Residenza

Storica _____

Domicilio

assistenza _____

Tel _____

Tel _____ (Familiare
referente) _____

Codice Fiscale n _____ Esenz. Ticket oA oB o R n.

MMG

Dr

Tel ambulatorio _____ Tel domicilio

Allegato 1 - 13 -

Prestazione Compartecipata: Tipologia RSA CD

Durata _____ prevista _____ ricovero _____

Retta totale giornaliera: € _____

✓ Quota ASL giornaliera pari al _____%: € _____

✓ Quota utente giornaliera pari al _____%: € _____

✓ Quota Comune giornaliera pari al ____%: € ____

Componenti U.V.I.

Qualifica

✓ Presente

✓ Assente

Firma

Dott. M.M.G.

Dott. Responsabile

UO/specialista del distretto

Dott. Delegato alla spesa del Comune e/o PdZ

Sig. Utente/familiare

Modulo 3

Allegato 1 - 14 -

Distretto _____

di

UO _____

Modulo di accettazione al ricovero e alla compartecipazione alla spesa sociosanitaria

- R.S.A. / C.D.
- Strutture a bassa intensità assistenziale
- Salute Mentale
- ADI

Il Sottoscritto _____

nato a _____ il ____/____/____

residente in _____ via _____ n°

_____ Familiare referente del Paziente in qualità di

Cognome e nome _____

Nato a _____ il ____/____/____

domicilio di assistenza in _____ via
_____ n° _____

Chiede di usufruire del ricovero in RSA/CD e dichiara di essere stato informato:

1. sulle caratteristiche del servizio e sulle prestazioni erogate nella struttura del ricovero;
2. che è prevista la compartecipazione dell'utente e/o del comune al% della spesa di ricovero giornaliero pari a €..... essendo il% della restante spesa di competenza dell'ASL.
3. che la quota mensile del Comune e/o dell'utente relativa al ricovero, dovrà essere versata al termine del mese successivo a quello di riferimento attraverso bonifico bancario IBAN IT89P0760115100000013435839 o CCP n13435839 intestato all'ASL Avellino , inserendo obbligatoriamente la causale "quota sociale per (cognome, nome, data di nascita, comune di residenza dell'utente) con ricovero (specificare tipologia) nel periodo (specificare mese ed anno) nella struttura (denominazione struttura).
4. che la copia del bonifico bancario andrà consegnata al Distretto Sanitario di residenza del paziente e alla Direzione Sanitaria della Struttura.

Data ____/____/____

Firma per accettazione utente o familiare

n. documento d'identità

Firma per accettazione delegato comune e/o Piano di Zona

Modulo 4

Allegato 1 - 15 -

REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

www.aslavellino.it

Distretto di _____

Per le strutture sociosanitarie aziendali

Al _____ Sig

Al _____ familiare _____ /amministratore sig.

Al _____ legale _____ Rappresentante Centro

Al Sig. sindaco del comune di residenza storica

Al _____ distretto sanitario di residenza storica

Oggetto: Valutazione UVI ed Autorizzazione – decreto commissario ad acta n.6/2010

Assistito

sig.

Nato a _____ il

Residenza

Via

Comune di residenza storica all'atto del primo ricovero

Visto il verbale riunione UVI del _____ ai sensi dei Decreti n.6/2010 e n.77/2011 del
Commissario ad Acta e della DGRC n.50/2012

SI AUTORIZZA:

Trattamento

in

regime

Presso

il

Centro

A decorrere dal

Con

scadenza

Retta giornaliera _____

Quota a carico dell'ASL ____% pari a € _____

Quota di compartecipazione a carico del comune ____% pari a € _____

Quota di compartecipazione a carico dell'utente ____% pari a € _____

La presente comunicazione sostituisce eventuali precedenti autorizzazioni.

La quota mensile del Comune /utente relativa al ricovero, dovrà essere versata al termine del mese successivo a quello di riferimento attraverso conto corrente postale n. 13435839 oppure bonifico bancario IBAN n. IT89P076115100000013435839 intestato all'ASL Avellino inserendo obbligatoriamente la causale "quota sociale per (cognome, nome, data di nascita, comune di residenza dell'utente) con ricovero (specificare tipologia) nel periodo (specificare mese ed anno) nella struttura (denominazione struttura)".

Copia del versamento dovrà essere consegnata allo scrivente Distretto Sanitario e alla Direzione Sanitaria della struttura.

Il Responsabile UO Il Direttore del Distretto

dott. _____

Modulo 5

Allegato 1 - 16 -

Distretto _____ di

UO _____

Modulo di accettazione al ricovero e alla partecipazione alla spesa sociosanitaria

- ✓ R.S.A. / C.D.
- ✓ Strutture a bassa intensità assistenziale
- ✓ Salute Mentale
- ✓ ADI

Sottoscritto

Il

_____ nato a _____ il ___/___/___

residente in _____ via _____ n° _____

Familiare referente del Paziente _____ in qualità di _____

Cognome _____ e nome _____

Nato a _____ il ___/___/___ con domicilio di assistenza in _____

_____ via _____ n° _____

Chiede di usufruire del ricovero in

- ✓ RSA
- ✓ CD
- ✓ Comunità alloggio psichiatrica

e dichiara di essere stato informato:

1. sulle caratteristiche del servizio e sulle prestazioni erogate nella struttura del ricovero;

2. che è prevista la compartecipazione dell'utente e/o del comune al _____% della spesa di ricovero giornaliero pari a € ___ essendo il ___% della restante spesa di competenza dell'ASL.

3. che ,come da normativa regionale,la quota mensile del Comune/utente relativa al ricovero, dovrà essere versata direttamente alla struttura di ricovero.

Data ___/___/_____

Firma per accettazione utente o familiare

n. documento d'identità

Firma per accettazione delegato comune e/o Piano di Zona

Modulo 6

Allegato 1 - 17 -

REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

www.aslavellino.it

Distretto di _____

Tel. – Fax _____

e-mail

_____@aslavellino.it

Al _____ familiare _____ /amministratore _____ sig.

Al _____ legale _____ Rappresentante _____ Centro

Al _____ Sig. _____ sindaco _____ del _____ comune _____ di _____ residenza _____ storica

Al _____ distretto _____ sanitario _____ di _____ residenza _____ storica

Oggetto: Valutazione UVI Autorizzazione di cui ai decreti commissariali n.6 e n.77 /2011

Assistito _____ sig.

Nato a Il _____

Residenza _____ storica _____ all'atto _____ del _____ primo _____ ricovero

Residenza _____ attuale

Comune di residenza storica all'atto del primo ricovero:

Visto il verbale riunione UVI del _____ ai sensi dei Decreti n.6/2010 e n.77/2011 del

Commissario ad Acta e della DGRC n.50/2012

SI AUTORIZZA:

Trattamento in regime: *(definire la prestazione secondo il DPCM 29/11/2001)*

_____ il Centro
Presso

_____ scadenza
A decorrere dal Con

Retta giornaliera: *(importo definito dal decreto n.6 con indicazione del livello intensità)*

Quota a carico dell'ASL _____% pari a
€ _____

Quota di compartecipazione a carico del comune _____% pari a
€ _____

Quota di compartecipazione a carico dell'utente _____% pari a
€ _____

La presente annulla e sostituisce eventuali precedenti autorizzazioni.

- La quota dovuta per la componente sanitaria sarà fatturata alla ASL nel cui territorio opera la struttura di ricovero;
- la quota sociale sarà fatturata dalla struttura di ricovero direttamente al comune di residenza storica e/o all'utente così come definito percentualmente dal comune stesso.

Il Responsabile UO Il Direttore del Distretto

Dott. _____