

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 Piani di Zona Sociali, per l'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti prestazioni socio sanitarie. In questo regolamento si delineeranno 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 caratterizzano 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 sanitarie
 - 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 socio-sanitarie 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.

In tale ambito le azioni che andranno poste in essere, nel progetto individuale d'intervento, saranno 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 dei 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.**

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 socioriabilitative 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 socioriabilitative 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 socioriabilitative 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 socioriabilitative 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;
-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 risulta 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 ospedaliere, 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

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

- Rappresentante dell'Ambito Sociale formalmente delegato alla spesa ai sensi della DGRC n.50/2012
- rappresentante del comune di residenza storica ai sensi della DGRC 1017/2001 dell'utente formalmente delegato all'assunzione della spesa sociale ,in caso di comune non firmatario della convenzione ex DGRC 50/2012
- Utente e/o familiare di riferimento munito di certificazione ISEE di cui al regolamento di compartecipazione alla spesa sociosanitaria ex decreto n.6/2010 di ambito o comunale (se il comune non è firmatario della convenzione ex DGRC n.50/2012)
- 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 Piano di Zona o del comune non firmatario di convenzione ex DGRC n.50/2012 e/o dell'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 o del comune non firmatario della convenzione ex DGRC 50/2012, 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.

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 Personalizzato tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. 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 pediatria di comunità).
- 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 Care 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 PdZ o del comune in commissione UVI, ad ottenere l'autorizzazione di competenza dal responsabile del PdZ o dal sindaco non firmatario di convenzione per la definitiva attivazione del PAI;
 - 7) acquisisce il consenso formale del cittadino interessato, o dei familiari, o del tutore giuridico o dell'amministratore di sostegno 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'art2.3 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 dalle prestazioni rese dal 1° maggio 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	Comune/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 socioriabilitative	70%	30%
Servizi semiresidenziali per anziani e demenze: per prestazioni	50%	50%

terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti ivi compresi interventi di sollievo		
Servizi residenziali per disabili fisici psichici e sensoriali: prestazioni terapeutiche e socioriabilitative per disabili gravi	70%	30%
Servizi residenziali per disabili fisici psichici e sensoriali: prestazioni terapeutiche e socioriabilitative 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 socioriabilitative 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 lungoassistenza	70%	30%

Nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito o del comune non firmatario della convenzione ex DGRC n. 50/2012, 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 Piano di Zona o del Comune non firmatario della convenzione exDGRC50/2012, e/o dell' 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 .

**set minimo per
scheda di accesso P.U.A.
al sistema dei servizi**

A.S.L. AVELLINO		Distretto:	Ambito:
Punto di accesso:	U.O. distrettuale specificare: <input type="checkbox"/> M.M.G/P.L.S. <input type="checkbox"/> SEGR.SOCIALE <input type="checkbox"/>	Data scheda	____/____/____
N° riferimento interno		Codice Identificativo univoco (generato dal sistema informativo sociale e sanitario)	
Richiesta di segnalazione a cura di: <input type="checkbox"/> familiare /parente <input type="checkbox"/> componente della rete informale <input type="checkbox"/> tutore giuridico <input type="checkbox"/> U.O. ospedaliere: _____ <input type="checkbox"/> u.o. distrettuali : _____ <input type="checkbox"/> strutture residenziali : _____ <input type="checkbox"/> altri servizi sociali dell'ambito territoriale: _____ <input type="checkbox"/> altro: _____			
dati dell'assistito			
Cognome		Nome	
Data nascita	____/____/____	Genere	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
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	
Medico dell'assistito: mmg <input type="checkbox"/> pls <input type="checkbox"/>	nome:	cognome:	asl distretto
	Indirizzo:		
Utente già in carico	Servizi sociali <input type="checkbox"/> Servizi sanitari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/>	Attualmente fruisce di servizi:	Servizi sociali <input type="checkbox"/> Servizi sanitari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/>

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA

COGNOME e NOME _____

VIA _____ COMUNE _____

TELEFONO _____ RUOLO _____

PROFILO PERSONALE**Stato civile**

1 celibe/nubile 2 coniugato/a 3 separato/a 4 divorziato/a 5 vedovo/a
 7 convivente 8 non dichiarato

Condizione lavorativa

<input type="checkbox"/> Occupato/a	<input type="checkbox"/> occupazione stabile	<input type="checkbox"/> in forma dipendente
	<input type="checkbox"/> occupazione temporanea	<input type="checkbox"/> in forma autonoma
	<input type="checkbox"/> occupazione precaria	

 disoccupato/a pensionato/a cassintegrato/a

Altro (Specificare).....

RICHIESTA ESPRESSA DALL'UTENTE:

Assistenza domiciliare Ricovero in strutt. residenziale Ricovero in strutt. Semiresidenziale
 Contributo economico Altro (specificare)

BISOGNO RILEVATO DALL'OPERATORE :

PRIMA VALUTAZIONE

bisogno semplice: sociale sanitario bisogno complesso bisogno 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

Luogo e Data _____

Firma _____