

REGOLAMENTO AZIENDALE PER L'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI ED ALLA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

- **Allegato “A”:** **REGOLAMENTO PER IL FUNZIONAMENTO DELLA PORTA UNICA DI ACCESSO (PUA)**
- **Allegato “B”:** **REGOLAMENTO PER IL FUNZIONAMENTO DELL'UNITA' di VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVM)**
- **Allegato “C”:** **PROCEDURE DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIOSANITARI TERRITORIALI: CURE DOMICILIARI E ASSISTENZA NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI**
- **Allegato “D”:** **PROCEDURE PER LE DIMISSIONI OSPEDALIERE PROTETTE (DOP)**

MODULISTICA:

- Modulo A: **SCHEDA DI ACCESSO;**
- Modulo B: **RICHIESTA DI RICOVERO IN STRUTTURA (EX R.R. n. 4/2007 e R.R. n. 8/2002) O DI CURE DOMICILIARI ;**
- Modulo C: **AUTORIZZAZIONE AL RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE O FREQUENZA DI STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE (R.R. n. 4/2007 e R.R. n. 8/2002).**

ALLEGATO: “A”:

REGOLAMENTO PER IL FUNZIONAMENTO DELLA PORTA UNICA DI ACCESSO (PUA)

Art. 1 – Definizione

1. La “Porta Unica di Accesso” (PUA) è la funzione che garantisce l’accesso unitario al sistema integrato dei servizi socio-sanitari.
2. La sua unitarietà richiama la non settorialità dell’accoglienza, l’unicità del trattamento dei dati ai fini della successiva valutazione e la necessità che tale livello organizzativo venga congiuntamente realizzato e gestito dai Comuni e dalla ASL, al fine di assicurare una responsabilità condivisa nella presa in carico successiva.

Art. 2 – Modalità operative e raccordo con i servizi di accesso territoriali

1. La PUA opera con modalità idonee a promuovere la semplificazione nell’accesso per gli utenti, la garanzia per l’utente di un termine certo per la presa in carico, il migliore governo del caso e l’appropriatezza del sistema di risposte allestito. La PUA opera sia per il complesso dei servizi sociali sia per i servizi socio-sanitari.
2. L’attivazione della “Porta Unitaria di Accesso” (PUA) al sistema dei servizi sociali e sanitari è condizione indispensabile all’avvio del processo finalizzato alla realizzazione di un sistema unitario di prestazioni socio-sanitarie.
3. La PUA esprime in maniera figurata il concetto di “ingresso” alla rete dei servizi; è costituita da tutti i punti di accesso ai servizi, sia sociali che sanitari esistenti, operanti in rete e da un unico back-office operativo presso il Distretto socio-sanitario.
4. La PUA, nell’ambito dei servizi sociali comunali, va ad integrarsi con l’organizzazione dei servizi di accoglienza (sportello sociale, segretariato sociale, ecc...) già organizzati in ciascun ambito territoriale, consentendo in tal modo l’accesso unificato a tutte le prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie previste dal Piano di Zona.
5. Nell’ambito della organizzazione del Distretto, la PUA si articola organicamente con i diversi punti di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari distrettuali, attualmente esistenti: Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS), punti di accesso del distretto e delle altre strutture sanitarie dipartimentali del territorio (CSM, SER.T, ...).

6. La PUA si configura, quindi, come un momento di raccordo funzionale tra le diverse unità periferiche e svolge i seguenti compiti:
- orientamento, accoglienza e smistamento della domanda di servizi territoriali;
 - istruttoria di tutte le richieste di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e compartecipata, provenienti dalla cosiddetta “rete formale” (MMG/PLS, servizi territoriali e ospedalieri, uffici dei servizi sociali comunali) del diretto interessato;
 - attivazione degli altri referenti territoriali competenti della rete formale dell’utente per un approfondimento della richiesta in via preliminare alla valutazione dell’UVM;
 - gestione della segreteria organizzativa dell’UVM, raccordo operativo delle attività di valutazione e verifica periodica.

Art. 3 – Obiettivi

Obiettivo della PUA è la creazione di un “sistema di accoglienza della domanda” per consentire al cittadino di fruire dell’intera gamma di opportunità offerta dal sistema dei servizi e consentirgli quindi di percorrere, partendo da un solo punto di accesso al sistema dei servizi, l’intera rete dei servizi sociali e sanitari.

Art. 4 – Prestazioni socio sanitarie

1. L'assistenza sociosanitaria viene prestata alle persone con bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.
2. Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è subordinata di norma alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare del bisogno, alla definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e alla valutazione periodica dei risultati ottenuti.
3. Le prestazioni, come previsto dal DPCM 14/02/2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”, dal DPCM 29/11/2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” e dal Piano Regionale di Salute 2008-10 L.R. n. 23/2008, sono quelle nelle quali la componente sanitaria e sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali il costo è attribuito percentualmente alle risorse finanziarie delle ASL e dei Comuni.
4. Le prestazioni sociosanitarie possono essere fruite in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sono pertanto di competenza congiunta della ASL di competenza e dei Comuni d’Ambito e vengono indicate nell’Allegato 1.C del citato DPCM del 29/11/2001, così come recepito nel Piano regionale di salute (L.R. n. 23/2008), con riferimento alle tipologie di strutture e di servizi disciplinati dalla normativa regionale:

- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza semiresidenziale:
 - Assistenza sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali. Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi.
 - Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani. Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi gli interventi di sollievo.
- Assistenza residenziale:
 - Attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie. Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale.
 - Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali. Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi.
 - Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali. Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi del sostegno familiare.
 - Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone affette da AIDS. Cura, riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungo-assistenza in regime residenziale a favore di persone affette da AIDS.

Art. 5 – Organizzazione

1. La gestione della Porta Unica di Accesso è integrata: il Distretto Sociosanitario, il Comune di _____ o l'Ambito Territoriale di _____ partecipano con pari dignità e responsabilità, con modalità organizzative e procedurali condivise, con risorse umane e finanziarie congrue ed equamente ripartite.
2. La sede istituzionale della PUA, è individuata, presso il Distretto Socio Sanitario.
3. La PUA ha una struttura estremamente flessibile e articolata, coordina l'attività di tutti i punti di accesso diffusi sul territorio, tramite i quali è possibile accedere in modo rapido alle informazioni e alle prestazioni della rete dei servizi sociosanitari integrati presenti sul territorio.
4. L'organizzazione del servizio è demandata al Direttore del Distretto e al Dirigente dell'Ufficio di Piano;
5. La PUA osserva i seguenti orari di apertura al pubblico _____.

Art. 6 – Composizione

1. Sono operatori della PUA tutti coloro che operano nei punti sociali e sanitari di accesso al sistema dei servizi integrati nonché coloro che, presso la sede del Distretto Sociosanitario, lavorano nel back office della PUA (Ufficio PUA).

2. L'Ufficio PUA è costituito da:

- un Assistente Sociale messo a disposizione dal Comune o dall'Ambito Territoriale Sociale;
- una unità di personale amministrativo della ASL con conoscenze e competenze in materia informatica;
- una unità di personale amministrativo del Comune o Ambito con conoscenze e competenze in materia informatica;
- un operatore dell'area sanitaria del distretto adeguatamente formato.

Tale composizione minima può essere adeguatamente integrata, in relazione alle specifiche esigenze organizzative dell'Ufficio.

La responsabilità dell'ufficio PUA è affidata al servizio sociale professionale del Distretto ex R.R. n. 6 del 18/04/2011.

Art. 7 – Compiti della PUA

1. La PUA svolge i seguenti compiti:

- informazione;
- analisi, orientamento della domanda e partecipazione alla programmazione dell'offerta;
- accoglimento all'interno dell'ambito distrettuale di tutte le richieste di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e compartecipata e registrazione delle istanze tramite opportuno registro;
- raccolta dei dati e della documentazione necessaria all'istruttoria della domanda di accesso alla rete dei servizi sociosanitari;
- attivazione dei referenti territoriali competenti extradistrettuali della rete formale dell'utente per l'approfondimento della richiesta;
- funzione di segreteria organizzativa, di gestione della agenda UVM (organizzazione del calendario dei lavori) e istruzione delle pratiche oggetto di valutazione.

2. Le informazioni raccolte dalla PUA a fini statistici e operativi, sono trattate e custodite nel rispetto della privacy.

Art. 8 – Modalità di accesso alle prestazioni

1. La richiesta di assistenza può essere avanzata, preferibilmente su apposito modello, dal diretto interessato, dalla Rete Informale Territoriale (famiglia, vicinato, volontariato ecc.), ovvero dalla Rete Formale Territoriale (MMG, PLS, Servizio Sociale Comunale e Unità Operative distrettuali ed extradistrettuali, Dipartimenti e Presidi ospedalieri).

2. L'istanza può essere presentata presso tutti i punti di accesso del sistema che, dopo aver effettuato una istruttoria preliminare e valutata la completezza dell'istanza, la trasmettono all'Ufficio PUA, per il completamento e l'eventuale inoltro all'UVM.
3. Se la richiesta proviene dalla rete informale questa, a cura dello "sportello" accettante, dovrà comunque essere validata dalla Rete Formale Territoriale e comunque dal MMG o PLS dell'interessato.
4. La richiesta di assistenza (cfr. modulistica allegata) contiene in forma schematica e a domande chiuse, in modo da consentire l'elaborazione informatica, i seguenti elementi:
 - dati anagrafici del cittadino;
 - prestazione sociosanitaria richiesta a gestione integrata;
 - diagnosi clinica, patologie presenti e motivazioni socio-economiche della richiesta.
5. L'istanza viene elaborata dalla Porta Unitaria di Accesso che esercita un'azione di filtro al "sistema di accoglienza della domanda" in grado di aprire al cittadino simultaneamente tutta la gamma delle opportunità offerte dalla rete locale dei servizi, nonché di consentirgli di percorrere, a partire da un solo punto di accesso al sistema dei servizi, l'intera rete dei servizi sociali e sanitari.

Art. 9 - Formazione

Le figure professionali impegnate nelle attività della PUA seguiranno uno specifico percorso formativo, preferibilmente integrato, a cura della ASL, tra il Distretto Sociosanitario di competenza e i Comuni associati in Ambito Territoriale.

**REGOLAMENTO PER IL FUNZIONAMENTO
DELL’UNITA’ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVM)**

Art. 1 – Definizione

1. L’Unità di Valutazione Multidimensionale è una equipe multiprofessionale, a composizione variabile, in relazione ai bisogni specifici della persona da valutare, deputata a leggere le esigenze e i bisogni sanitari e socio-sanitari complessi delle persone.
2. È l’organismo che, secondo la normativa regionale vigente in materia di integrazione socio-sanitaria, è chiamato a valutare il bisogno complessivo della persona e, quando possibile del suo nucleo familiare, al fine di definire le risposte adeguate al suo soddisfacimento. Garantisce la presa in carico dei bisogni socio-sanitari dei residenti, nel territorio di competenza distrettuale, e l’integrazione della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali a livello territoriale.
3. La valutazione multidimensionale, multidisciplinare e multiprofessionale è propedeutica e ineludibile per la definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato, per la presa in carico integrata dell’utente e per l’accesso alla rete dei servizi socio-sanitari integrati residenziali (RSA, RISSA, Comunità socioriabilitative, Case per la vita, etc.), semiresidenziali (Centri Diurni) e domiciliari.

Art. 2 – Obiettivi

1. L’obiettivo generale che il Distretto Socio-Sanitario e i Comuni dell’Ambito Territoriale intendono perseguire, attraverso la Valutazione Multidimensionale, consiste nell’individuare e nell’offrire alla persona riconosciuta in stato di bisogno socio-sanitario la risposta più appropriata rispetto alle esigenze, nel rispetto del consenso e della libertà di scelta.
2. Pertanto gli obiettivi specifici della UVM sono:
 - favorire il più a lungo possibile una idonea permanenza della persona in stato di bisogno socio-sanitario presso il proprio domicilio;
 - perseguire il rientro nell’ambiente di provenienza dopo la permanenza in strutture residenziali;
 - promuovere il miglioramento continuo della qualità della vita nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari;
 - promuovere azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali;
 - ottimizzare la spesa socio-sanitaria in un’ottica di efficienza nel rapporto costo-benefici, tenendo conto non solo degli oneri finanziari, ma anche dei vantaggi a lungo termine, riferibili a risorse sia familiari che sociali.

Art. 3 – Destinatari

I destinatari dell'attività della UVM sono le persone in stato di bisogno sociosanitario complesso, con particolare riferimento ai soggetti fragili, in condizione di dipendenza e non autosufficienza.

Art. 4 – Competenza territoriale

1. L'Unità di Valutazione Multidimensionale, istituita presso ciascun Distretto Socio-Sanitario ha competenza sul territorio distrettuale.
2. La Valutazione Multidimensionale compete all'UVM del Distretto Socio Sanitario di residenza della persona interessata alla valutazione che elabora il Progetto Assistenziale Individualizzato per la presa in carico.
3. Qualora, invece, il Progetto Assistenziale Individualizzato preveda il ricorso alla rete dei servizi di altri ambiti distrettuali della stessa ASL può essere richiesta la collaborazione per le valutazioni sanitarie e di verifica del Distretto Sociosanitario competente per territorio di ubicazione della struttura ospitante.
4. Nel caso in cui si richieda il ricorso alla rete di servizi ubicati in altre ASL è necessario coinvolgere il Distretto Sociosanitario e l'UVM competente per territorio.

Art. 5 – Compiti dell'UVM

1. L' U.V.M svolge i seguenti compiti:
 - effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali e socio sanitari del richiedente e del suo nucleo familiare;
 - verifica la presenza delle condizioni di ammissibilità al percorso di cura e assistenza richiesto;
 - elabora il progetto socio-sanitario personalizzato (PAI), che deve essere condiviso con il richiedente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto;
 - verifica e aggiorna l'andamento del progetto personalizzato;
 - procede alla dimissione concordata;
 - identifica la Struttura della ASL deputata alla presa in carico.
2. La valutazione multidisciplinare si avvale di strumenti idonei e standardizzati (schede e scale di valutazione sanitaria e sociale), specifici ed il più possibile omogenei sul territorio aziendale.
3. Per la valutazione multidimensionale verranno utilizzate le schede approvate dalla Regione Puglia con D.G.R. n. 2814 del 12 dicembre 2011 (BURP n. 199 del 28-12-2011) e nello specifico: la "Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane" (S.Va.M.A.) e la "Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone disabili" (S.Va.M.Di).

4. Il Progetto Assistenziale Individualizzato, redatto dall'UVM mediante lo strumento "Piano di Assistenza Individuale" (PAI) approvato dalla Regione Puglia con la citata D.G.R. n. 2814/2011, tiene conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del richiedente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle risorse-abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.
5. Il PAI definisce esplicitamente e in maniera analitica:
 - gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere sia riguardo al richiedente che ai suoi familiari, i quali possono talvolta, costituire un target prioritario dell'intervento;
 - il regime prestazionale (domiciliare, semiresidenziale, residenziale), il suo livello di intensità e la durata complessiva del progetto assistenziale;
 - le azioni, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali impegnate;
 - la qualità, le modalità, la frequenza e la durata (n. di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare ecc.) di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati;
 - la/e struttura/e di riferimento per l'invio e la presa in carico della persona sulla base di criteri di scelta ottimali rispetto alla natura del bisogno ed alle condizioni territoriali di offerta dei servizi;
 - la disponibilità e le quantità di presidi e materiali vari;
 - l'individuazione (competenze e funzioni) delle figure di riferimento: referente familiare (care giver) ed un responsabile della presa in carico (case manager);
 - gli strumenti (riunioni di verifica/coordinamento/ecc., schede/registri/diario clinico/ecc, indicatori di processo e di risultato, report, ecc) le scadenze e metodi della verifica del progetto personalizzato, in itinere ed ex post, con particolare attenzione:
 - alla valutazione periodica dei risultati;
 - alla verifica della congruità delle misure/risorse impegnate rispetto agli obiettivi prefissati;
 - alla modalità per garantire la sovrintendenza e verifica delle prestazioni effettuate da soggetti del privato-sociale e privato-accreditato, evitando il rischio di una scissione tra prescrittore pubblico ed erogatore privato e di un affidamento totale a quest'ultimo attraverso periodici momenti di incontro, verifica ed indirizzo in sede di intervento (domicilio, RSA) da parte del servizio pubblico.
6. Il Progetto Assistenziale Individualizzato è articolato in forma comprensibile al richiedente e/o ai suoi familiari che ne condividono i contenuti e lo sottoscrivono. In assenza di tale requisito è possibile attivare le procedure previste dalle norme a tutela dell'assistito.
7. Con la sottoscrizione del PAI si conclude la fase della presa in carico della persona, che deve avere una durata non superiore a venti giorni lavorativi dalla data di proposta dell'accesso.
8. Il progetto deve essere aggiornato, modificato, adattato e nuovamente comunicato al richiedente ed agli altri operatori qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità).
9. Tutte le proposte di modifica strutturale del PAI sono di competenza dell'UVM.

10. Il PAI redatto dall'UVM viene trasmesso al Direttore della Struttura sanitaria (Distretto, Riabilitazione, NPIA, CSM e SER.T), coinvolta in via prevalente in ragione della patologia e destinataria di specifico budget, che rilascia l'autorizzazione all'accesso ai servizi sociosanitari a gestione integrata e compartecipata congiuntamente al Servizio Sociale Comunale o d'Ambito.
11. Per i casi di comprovata ed urgente necessità, così come previsto dall'art. 3, c. 9, del R.R. n.4/07, è consentito un protocollo operativo d'urgenza che consenta l'immediato accesso alle prestazioni socio-sanitarie di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Per questi casi è necessaria la motivata proposta del MMG/PLS che dichiari l'urgenza e la necessità clinica o la motivata proposta dei servizi sociali, previo nulla osta del Direttore del Distretto e del responsabile d'ambito sociale ai fini dell'assunzione di eventuali oneri finanziari.

Art. 6 – Composizione e funzionamento della UVM

1. L'UVM è istituita presso il Distretto Socio-Sanitario con determina dirigenziale, e, nella sua composizione, risponde alle funzioni previste dall'art. 59, c. 4 della L.R. 19/06, dal R.R. n. 4/2007, modificato dall'art. 1 del R.R. n. 19 del 7/08/2008, dal piano Regionale di Salute, dall'art. 27 della L.R. 4/2010.
2. L'UVM, inoltre, esplica le funzioni di cui all'art. 10 del R.R. n. 8 del 20/12/2002 "Regolamento di organizzazione e funzionamento delle R.S.A.", nonché tutte le altre attività distrettuali di valutazione di bisogni sociosanitari complessi.
3. L'UVM, nella sua composizione, deve essere adeguata ad affrontare tutte le molteplici e complesse problematiche che possono evidenziarsi ed essere poste all'attenzione della stessa.
4. Il Direttore del Distretto Socio-Sanitario coordina l'UVM e ne sovrintende il funzionamento.
5. La composizione della UVM prevede la partecipazione delle seguenti figure:
 - Direttore del Distretto o suo delegato;
 - Responsabile del Servizio Sociale Professionale del Distretto;
 - Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta di riferimento dell'assistito;
 - Medico specialista e altre figure professionali specifiche rispetto alle patologie prevalenti nel quadro delle condizioni di salute psico-fisiche del paziente;
 - Infermiere professionale
 - Terapista della riabilitazione
 - Assistente sociale del comune o dell'ambito di riferimento.
6. Il Direttore del Distretto Sociosanitario assume tutti i provvedimenti necessari per l'attività di coordinamento e il funzionamento della UVM nonché i compiti di verifica, controllo e liquidazione dei compensi, ove previsti, salvo quanto stabilito dal comma 10 dell'art. 5. Può delegare tale funzione ad altro personale del distretto con specifica esperienza.

7. Il coordinatore sociosanitario o altro dirigente delegato informeranno periodicamente, in relazione alle rispettive competenze, il Direttore del distretto e il Coordinatore dell'Ufficio di Piano, sulle attività svolte e sui risultati conseguiti.

Art. 7 – Procedure

1. L'UVM si riunisce nel Distretto Socio Sanitario presso la sede individuata, almeno una volta alla settimana e comunque secondo necessità, in orario di servizio, salvo particolari situazioni.
2. Laddove le condizioni della persona da valutare siano tali da renderne impossibile lo spostamento, l'UVM si riunisce al domicilio della persona o presso la struttura nella quale la stessa è assistita.
3. La convocazione è a cura del Direttore del Distretto o suo delegato.
4. Tutte le attività della UVM devono essere documentate e svolte utilizzando apposita modulistica già predisposta ed allegata al presente regolamento. Le informazioni raccolte ai fini statistici e operativi, sono trattate e custodite nel rispetto della privacy.

**PROCEDURE DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIOSANITARI TERRITORIALI:
CURE DOMICILIARI E ASSISTENZA NELLE STRUTTURE
RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI**

Premessa

La procedura di accesso ai servizi socio sanitari territoriali è unica per tutte le tipologie di servizi (domiciliari, residenziali e semiresidenziali) e si articola nelle seguenti fasi:

- ▲ Segnalazione del caso ad opera della rete formale e/o informale
- ▲ Presentazione della richiesta di assistenza alla Porta Unica di Accesso – PUA
- ▲ Valutazione multidimensionale, nei casi di competenza dell'Unità di Valutazione Multidimensionale – UVM
- ▲ Elaborazione del Progetto Assistenziale Individualizzato – PAI
- ▲ Autorizzazione all'attuazione del PAI.

La segnalazione assolve al solo fine di “attivare” la rete dei servizi. La presentazione dell'istanza, la valutazione multidimensionale e la redazione del PAI, attengono, in senso stretto, alla fase di accesso. L'autorizzazione, infine, si caratterizza per la sua natura di atto burocratico/amministrativo e compete al Direttore della struttura operativa che esercita la funzione di committenza rispetto al servizio/i previsto/i nel PAI.

Le fasi della “presa in carico”

La **segnalazione** concernente la necessità di attivazione di un servizio sociosanitario territoriale può essere avanzata sia dalla rete formale che dalla rete informale.

La **richiesta di assistenza**, avanzata su apposita modulistica (vedi allegati) indirizzata al Direttore del Distretto Sociosanitario di competenza, dovrà essere corredata da una relazione del MMG/PLS o dal medico del Reparto ospedaliero per pazienti in fase di dimissione ospedaliera, o dal medico dell'Unità Operativa Territoriale presso cui è in carico la persona.

Nella relazione medica devono essere riportate: la diagnosi clinica, le terapie al momento praticate, la condizione di non autosufficienza dell'assistito e il livello di dipendenza psico-fisica, con le motivazioni cliniche e assistenziali, le proposte di trattamento terapeutico-riabilitativo che rendono necessario il regime di assistenza richiesto.

La richiesta di assistenza, corredata della documentazione medica, dovrà essere consegnata all'Ufficio PUA che, valutata la completezza della documentazione e la complessità del caso, attiva l'UVM.

Quest'ultima, entro il termine massimo di 20 giorni dalla data della richiesta di accesso, fatte salve le procedure per l'accesso in urgenza e le dimissioni protette, esamina la domanda, effettua la **valutazione del caso** e cura **l'elaborazione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI)**.

In caso di non eleggibilità motiva il diniego.

La PUA (back-office Ufficio PUA) gestisce apposito registro su cui vengono riportati: la data di arrivo della richiesta, la data della valutazione del caso da parte della UVM e l'eventuale presa in carico.

CURE DOMICILIARI

Le cure domiciliari (espressione con la quale si fa riferimento al complesso degli interventi sanitari e sociosanitari erogati a domicilio della persona) sono destinate a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivanti da condizioni critiche di bisogno sociosanitario o patologiche.

In particolare, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sono rivolte a persone che si trovino nelle seguenti condizioni:

- Anziani e disabili, mino e adulti in condizioni di fragilità con patologie cronic-degenerative che limitano gravemente l'autonomia;
- Persone con patologie acute temporaneamente invalidanti trattabili a domicilio;
- Pazienti in dimissione sociosanitaria protetta da reparti ospedalieri;
- Persone con patologie oncologiche o degenerative in fase avanzata o affette da HIV;

e comunque a tutte le condizione patologiche previste dall'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta.

Criteri di ammissione ed eleggibilità

L'erogazione di cure domiciliari è subordinata a preventiva valutazione, volta ad accertare la presenza contemporanea dei seguenti requisiti:

- ridotta autosufficienza temporanea o protratta (criterio di appropriatezza). La sussistenza di tale requisito deve essere certificata da attestazione medica e definita in maniera precisa e standardizzata attraverso gli strumenti di valutazione adottati dalla Regione Puglia (S.Va.M.A., S.Va.M.Di ed altri strumenti di valutazione eventualmente in uso)
- necessità di assistenza esclusivamente primaria (criterio di appropriatezza. L'assenza di condizioni patologiche ad alto rischio o la necessità di interventi altamente specialistici che impongono il ricovero ospedaliero o l'attivazione di altri servizi specialistici;
- complessità assistenziale del paziente (criterio di appropriatezza), ovvero la presenza di bisogno complessi che richiedano contemporaneamente prestazioni sanitarie ed interventi socio-assistenziali da parte di una equipe multiprofessionale o, quantomeno, di interventi sociosanitari integrati domiciliari (assistenza tutelare, infermieristica e medica);
- presenza nel nucleo familiare di un care giver che sia in grado di garantire adeguato supporto alla persona;
- idoneità delle condizioni abitative. Anche questo aspetto, come il precedente, è utile che sia rilevato attraverso schede di valutazione sociale standardizzate;
- residenza e/o domicilio temporaneo sul territorio di competenza;
- valutazione della condizione economica e sociale dell'assistito. L'utente potrà essere ammesso al servizio indipendentemente dalle condizioni economiche personali o familiari, fatto salvo l'obbligo di compartecipazione al costo del servizio secondo i criteri e le modalità definite nel regolamento di accesso ai servizi di Ambito.

Compiti dell'UVM e rapporti con il MMG/PLS dell'assistito

- effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali della persona;
- valuta la presenza delle condizioni di eleggibilità sopra indicate;
- elabora il progetto assistenziale individualizzato (contenuti, obiettivi, tipologia di interventi sanitari/assistenziali, frequenza e durata degli interventi), coinvolgendo il MMG/PLS;
- individua la figura del case manager, d'intesa con il MMG/PLS, che è il responsabile clinico del caso;
- verifica e aggiorna, almeno trimestralmente, l'andamento del progetto assistenziale individualizzato;
- procede alla dimissione concordata.

ASSISTENZA NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Stante la competenza del livello distrettuale a garantire i LEA territoriali è indispensabile una preventiva valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

L'offerta residenziale e semiresidenziale territoriale, quale livello essenziale di assistenza, (Allegato 1C del DPCM 29.11.2001, così come recepito nel Piano regionale di salute – L.R. n. 23/2008) è costituita dalle seguenti tipologie di strutture:

- strutture sociosanitarie a ciclo diurno;
- strutture a ciclo residenziale per disabili e anziani;
- strutture terapeutico-riabilitative;

Destinatari e criteri di eleggibilità verso la residenzialità

I potenziali destinatari degli interventi assistenziali residenziali sono persone che non possono essere assistite a domicilio, che non sono in grado di condurre una vita autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, possono far prevedere solo limitati livelli di ricuperabilità dell'autonomia.

Più in dettaglio al solo scopo esemplificativo, stante la competenza dell'UVM a valutare la risposta assistenziale più appropriata al singolo caso, trattasi di:

- persone non più in età evolutiva con patologie stabilizzate, che hanno superato la fase acuta della malattia, ma che necessitano di trattamenti terapeutici protratti nel tempo;
- persone anziane con patologie cronico-degenerative, ivi compresi i soggetti affetti da patologie psicogeriatriche (demenza senile), che non necessitano di assistenza ospedaliera;
- persone adulte con handicap fisici, psichici o sensoriali in condizioni di non autosufficienza o affette da malattie croniche;
- persone adulte portatrici di disturbi psichiatrici in condizioni di non autosufficienza o affetti da malattie croniche, per le quali sia stata esclusa la possibilità di utilizzare altre soluzioni terapeutico-assistenziali.

Fattori determinanti la scelta del ricovero in struttura residenziale, piuttosto che l'elezione di cure domiciliari e trattamenti erogati in regime semiresidenziale, sono:

- il grado di non autosufficienza e l'impossibilità, anche temporanea, dell'utente di usufruire di altre forme di assistenza che ne consentano la permanenza al proprio domicilio;
- la necessità di rispondere ad una esigenza di sollievo temporaneo per la famiglia.

In caso di eleggibilità della persona verso un regime di ricovero in strutture della rete integrata dei servizi sociosanitari, l'UVM che ha effettuato la valutazione recepisce l'indicazione dell'assistito/paziente (o del suo rappresentante: familiare, tutore, amministratore di sostegno) circa la struttura residenziale prescelta, tra quelle di riferimento del territorio della ASL di appartenenza per verificarne la disponibilità all'accoglimento ed acquisire il parere favorevole del responsabile sanitario.

Per i ricoveri in strutture con sede fuori dal territorio della ASL di residenza dell'utente si osservano le procedure di cui all'art. 10, c. 5, R.R. n. 8 del 20.12.2002.

In presenza di concomitanti istanze di ricovero valutate appropriate dall'UVM, ma superiori alla disponibilità dei posti contrattualizzati, l'ammissione dell'utente avverrà secondo le seguenti priorità, previo inserimento nella lista di attesa in ordine cronologico di presentazione dell'istanza:

- 1) dimissioni protette dal ospedale ad alto impegno assistenziale;
- 2) peso dei bisogni assistenziali effettuato in sede di valutazione.

In caso di dimissione da ospedale, la relazione sanitaria sarà redatta dal medico ospedaliero del reparto in cui è ricoverato il paziente ed inviata all'UVM del distretto di residenza dell'assistito per l'espletamento delle procedure del caso.

La valutazione sociale è di competenza dell'assistente sociale del comune o dell'Ambito territoriale di residenza dell'utente.

Sarà cura dell'UVM effettuare un monitoraggio delle prestazioni erogate secondo il progetto assistenziale individualizzato. In caso di struttura ricadente in distretto diverso da quello di residenza del paziente, i compiti di monitoraggio del paziente potranno essere espletati dall'UVM territorialmente competente, di concerto con quella di residenza del paziente.

Altri interventi a carico della ASL di competenza

L'ASL di riferimento eroga inoltre:

- a. l'assistenza medico-generica, che è affidata ai medici di medicina generale secondo le modalità stabilite dalla normativa vigente;
- b. l'assistenza medica specialistica che è prestata, di norma, presso gli ambulatori dell'ASL di cui fa parte la struttura residenziale;
- c. i farmaci e gli ausili per uro e colostomia e per incontinenza con sistema di raccolta (cateteri, sacche, placche) inclusi nell'allegato 2 del nomenclatore tariffario del D.M. 332/1999, derivanti da precedenti prescrizioni specialistiche e abitualmente necessari al paziente ricoverato;
- d. i dispositivi protesici contenuti nel nomenclatore tariffario del D.M. 332/99, previa prescrizione medico-specialistica e autorizzazioni effettuate secondo la normativa vigente.

Sistemi di monitoraggio e gestione dei rapporti con le strutture private che erogano prestazioni socio-sanitarie in regime domiciliare, residenziale e semiresidenziale

Con D.G.R. 12 aprile 2011, n. 691 (BURP n. 72/2011) e DGR 12 dicembre 2011, n. 2814, (BURP n. 199/2011), la Regione Puglia ha approvato, rispettivamente la “Modulistica per l’accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari” e gli “Strumenti per la valutazione multidimensionale (S.Va.M.A. e S.Va.M.Di) e il Modello di Piano di Assistenza Individuale (PAI)”.

L'adozione dei suddetti strumenti è finalizzata anche all'avvio del sistema informativo regionale EDOTTO, che prevede l'acquisizione informatica di tutte le informazioni negli stessi contenute.

Gli strumenti informativi (schede e moduli) approvati dalla Regione con le delibere su richiamate (DGR n. 691/2011 e n. 2814/2011) presuppongono la standardizzazione dei processi operativi che vanno implementati uniformemente su tutti i distretti.

Processo operativo

Fasi del processo	Strumenti informativi	Attori / procedure
Segnalazione	Scheda di accesso (Modulo A all. DGR 691/2011)	Il richiedente (utente o suo rappresentante) compila la scheda da consegnare alla PUA
Richiesta ricovero in struttura (ex RR. 4/07 e RR. 8/02) o di cure domiciliari	Scheda richiesta ricovero/cura domiciliare (Modulo B all. DGR 691/2011)	Il richiedente (utente o suo rappresentante) compila la scheda corredandola della proposta formale redatta da servizi sanitari e/o sociali, nonché della documentazione sanitaria a cura del MMG o del medico dell'U.O. (territoriale o ospedaliera) presso cui è in carico. La scheda compilata va consegnata all'Ufficio PUA che, valutata la completezza della documentazione, attiva l'UVM
Valutazione Multidimensionale	S.Va.M.A. / S.Va.M.Di. (All. B e C - DGR 2814/2011)	L'UVM, acquisita tutta la documentazione necessaria procede alla valutazione multidimensionale compilando le relative schede
Elaborazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI)	Scheda PAI (All. A - DGR 2814/2011)	L'UVM, completata la valutazione multidimensionale, elabora il PAI che viene condiviso dall'utente e/o dai familiari che lo sottoscrivono. Con la sottoscrizione del PAI si concretizza la presa in carico della persona.
Autorizzazione al ricovero	Scheda autorizzazione al ricovero in struttura residenziale o frequenza di struttura semiresidenziale (Modulo C all. DGR 691/2011)	Il Direttore del Distretto competente per territorio e il Referente comunale dell'UVM, per la parte di competenza, compilano il modulo di autorizzazione al ricovero. L'autorizzazione rilasciata dal Direttore del Distretto implica l'assunzione degli oneri a carico della ASL (quota sanitaria prevista dalla normativa regionale) e, pertanto, presuppone un accordo contrattuale (1).

Ingresso nella struttura	Comunicazione della Struttura di accoglienza. (Modulo aziendale di comunicazione ingresso)	La struttura ospitante comunica al Distretto di residenza ed al Servizio Sociosanitario aziendale la data dell'effettivo ingresso dell'utente in struttura con quota sanitaria a carico della ASL
Monitoraggio e verifica PAI	Scheda PAI (All. A - DGR 2814/2011)	L'UVM procede alla verifica/rivalutazione del caso secondo le scadenze previste nel PAI di presa in carico e formula, ove necessario, un nuovo PAI ovvero ne dispone la dimissione
Dimissioni	Comunicazione della Struttura di accoglienza. (Modulo aziendale di comunicazione dimissione)	La struttura ospitante comunica al Distretto di residenza ed al Servizio Sociosanitario aziendale la dimissione dell'utente

(1) Per quanto concerne gli Accordi contrattuali con le strutture private della rete sociosanitaria, occorre distinguere due fattispecie:

- a. RSA (R.R. 8/2002) e RSSA (Art. 66 R.R. 4/2007) per queste tipologie di assistenza la ASL ha sottoscritto specifici accordi contrattuali con alcune strutture presenti nel territorio provinciale. Le autorizzazioni al ricovero presso queste strutture trovano, pertanto, copertura finanziaria nei limiti dei posti letto contrattualizzati stabiliti dai rispettivi contratti. Con i medesimi contratti è stato disciplinato, altresì, l'obbligo per le suddette strutture di tenere una lista di attesa aggiornata. Nel caso in cui, a seguito della libera scelta dell'assistito, la struttura individuata non presenti disponibilità all'accoglienza nei posti letto contrattualizzati, l'autorizzazione rilasciata dal Direttore del Distretto con l'indicazione della struttura contrattualizzata prescelta, costituisce documento formale per l'inserimento in lista di attesa da parte della medesima struttura. Gli accordi contrattuali individuano, inoltre, il Responsabile della esecuzione del contratto e le modalità di gestione del medesimo.
- b. Per le restanti tipologie di strutture sociosanitarie previste dal R.R. 4/07, (nello specifico: Comunità socio riabilitative art. 57, RSSA art. 58, Centri diurni artt. 60 e 60ter, Case per la vita art. 70), allo stato, non essendo state avviate le procedure di accreditamento, non è possibile procedere alla sottoscrizione di accordi contrattuali su base aziendale. Nelle more dell'avvio delle suddette procedure, ai sensi del comma 6, dell'art. 30 del medesimo R.R. 4/07, l'autorizzazione al ricovero presso queste strutture con oneri a carico della ASL dovrà essere recepita con atto deliberativo che, di fatto, costituisce accordo contrattuale per l'attuazione del singolo PAI. Nel rilascio dell'autorizzazione al ricovero, che dovrà trovare copertura finanziaria nei limiti del budget assegnato ad ogni distretto, il Direttore del Distretto avrà cura di verificare che la struttura ospitante prescelta sia stata individuata sulla base della libera scelta dell'assistito tra le strutture in possesso di **autorizzazione all'esercizio e iscrizione al registro regionale di cui all'art. 53 della L.R. n. 19/06**. Al Direttore del Distretto viene, altresì, delegata la gestione del conseguente rapporto contrattuale compresa la liquidazione delle competenze dovute, previa verifica delle giornate di effettiva presenza. A tal fine la struttura ospitante provvederà ad emettere fatture mensili distinte per Distretto di provenienza dell'assistito e corredate di un prospetto riepilogativo riportante, per ogni ospite: cognome, nome, luogo e data di nascita, luogo di residenza, codice fiscale, estremi dell'atto di autorizzazione al ricovero, data di ammissione, giornate effettive di presenze nel mese per le quali viene riconosciuta la quota di compartecipazione/retta a carico ASL, ed eventuali assenze temporanee per le quali, sulla base della normativa vigente, non è riconosciuto alcun onere a carico della ASL.

PROCEDURE PER LE DIMISSIONI OSPEDALIERE PROTETTE (DOP)

La dimissione protetta è una sequenza di interventi integrati volti a facilitare la continuità delle cure tra l'ambito specialistico ospedaliero e l'ambito dell'assistenza primaria, rappresentato dalla rete dei servizi socio-sanitari territoriali.

La dimissione ospedaliera protetta (DOP) riguarda il trasferimento del paziente in fase immediatamente post-critica, dall'ospedale al territorio.

La DOP è un “meccanismo” di tutela delle persone fragili, vale a dire persone a rischio per le seguenti situazioni:

- condizioni cliniche precarie, per le quali deve essere garantita la continuità delle cure;
- inadeguatezza socio-economica e/o delle rete familiare, amicale e parentale.

Ha la finalità di favorire il rientro del paziente a domicilio (o l'invio presso una struttura a seconda del bisogno assistenziale e delle psichiche condizioni sociali) predisponendo un progetto assistenziale individualizzato e integrato con valenza sociale e sanitaria, costruito sul bisogno.

Il percorso della dimissione protetta deve garantire anche la tutela e l'accompagnamento della famiglia nella gestione della condizione di non autosufficienza, coinvolgendola nel percorso di cura.

Casi di eleggibilità per la DOP verso le cure domiciliari

A) paziente stabilizzato ma in compenso labile, che necessita di monitoraggio clinico stretto nei primi giorni dopo la dimissione;

B) paziente in condizioni di fragilità che rientra nel proprio ambiente di vita in presenza di idonea situazione igienico-sanitaria e con una adeguata rete familiare di sostegno (familiare o altro soggetto in grado di sostenere in maniera efficace il ruolo di care giver).

In assenza delle condizioni sub A) e B) la dimissione protetta viene indirizzata verso una struttura residenziale.

In ogni caso non si può procedere alla dimissione ospedaliera in assenza di preventivo accordo con i servizi territoriali e/o la rete familiare di supporto.

Procedure di attivazione

La direzione medica dell'ospedale in cui è ricoverato il paziente invia al distretto di residenza dell'assistito, la richiesta di DOP unitamente alla scheda di valutazione compilata e corredata da una relazione clinica in cui, oltre alla diagnosi, viene indicata la data prevista per la dimissione ed i bisogni assistenziali della persona. La condizione di dimissibilità ed il rientro a domicilio devono essere condivisi ed approvati, in sede di valutazione, dal MMG/PLS dell'assistito.

L'assistente sociale competente per il caso redige la relazione sociale con informazioni relative alla situazione familiare ed alle reti di supporto. In particolare la relazione dovrà evidenziare le situazioni di eventuale assenza o impossibilità della rete parentale e/o amicale ad assistere il congiunto a domicilio, specificando la motivazione di tale indisponibilità.

Procedure di valutazione

Nella ipotesi di DOP la valutazione del caso è preventiva rispetto alla dimissione e deve, pertanto, essere effettuata in ospedale.

Indipendentemente dall'esito della valutazione, il coordinatore dell'UVM ne da comunicazione all'assistito e/o ai suoi familiari, al responsabile medico ospedaliero e, nel caso in cui sia stata valutata l'opportunità di un ricovero in struttura residenziale, alla struttura residenziale individuata.

MODULISTICA:

- Modulo A: **SCHEDA DI ACCESSO**;
- Modulo B: **RICHIESTA DI RICOVERO IN STRUTTURA (EX R.R. n. 4/2007 e R.R. n. 8/2002) O DI CURE DOMICILIARI** ;
- Modulo C: **AUTORIZZAZIONE AL RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE O FREQUENZA DI STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE (R.R. n. 4/2007 e R.R. n. 8/2002).**

MODULO A: Scheda di accesso

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. _____ AMBITO TERRITORIALE N. _____
COMUNI: _____
A.S.L. _____

Inserire i loghi degli enti coinvolti per accrescere l'efficacia "visiva" della modulistica di Ambito/Distretto

DOMANDA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO SANITARI INTEGRATI
da consegnare alla PUA

Al Direttore
del Distretto Socio-Sanitario di

A.S.L. BRINDISI

Il/La Richiedente _____ Nato/a a _____

(Prov. _____) il _____ Cod. Fiscale

Residente in _____ Cap. _____ Via _____ n. _____

Domiciliato (se diverso dalla residenza) in Via _____

N. _____ Tel./ cell. _____ Sesso: M F Stato civile _____

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc..) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):

Il Sig./La Sig.ra _____

Codice Fiscale

Residente in _____ Cap. _____ Via _____ n. _____

Tel./ cell. _____

In qualità di:

rappresentante legale del richiedente (specificare) _____

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela) _____

TIPO DI PRESTAZIONE RICHIESTA :

Domiciliare

Semiresidenziale

Residenziale

Altro (specificare) _____

MMG/PLS dell'utente

_____ Tel. _____

Studio medico, Via _____ Città _____

Altro Medico Proponente: (specificare nome e cognome, struttura di appartenenza.)

_____ Tel/fax _____

In caso di urgenza contattare _____

Tel. _____

Luogo e Data _____

Firma _____

Consenso informato

Il Sottoscritto _____ nato a _____ Il _____

residente a _____ Via _____

in qualità di (specificare) _____

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s. m. i.

SI NO

Luogo e Data _____

Firma _____

MODULO B: RICHIESTA DI RICOVERO IN STRUTTURA (EX R.R. n.4/2007 e R.R. n 8/2002) O DI CURE DOMICILIARI

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N _____ AMBITO TERRITORIALE N. _____
COMUNI: _____
A.S.L. _____

Inserire i loghi degli enti coinvolti per accrescere l'efficacia "visiva" della modulistica di Ambito/Distretto

RICHIESTA DI RICOVERO IN STRUTTURA (EX R.R. n.4/2007 e R.R. n.8/2002) O DI CURE DOMICILIARI

Al Direttore del
Distretto Socio-Sanitario

di _____
A.S.L. BRINDISI

__l__ sottoscritt _____ nat_ a _____
Prov. (.....), il _____ residente a _____
CAP _____, Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____, tel. _____

CHIEDE

per se stesso:
 in qualità di rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc..) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000)
Sig/Sig.ra _____ (grado di parentela _____),
nat. il _____ a _____ (.....) e residente nel Comune di _____
Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

di essere accolto in struttura _____ ex art. _____ R.R. n.4/2007

di essere accolto in struttura RSA(R.R.n.8/2002)

di essere assistito/curato al proprio domicilio in quanto affetto da patologie croniche, non in grado di condurre vita autonoma e non assistibile a domicilio

Il richiedente, sotto la propria responsabilità, dichiara di essere:

- invalido civile al % con/senza assegno di accompagnamento;
 - titolare di pensione sociale;
 - privo di alcun reddito personale;
 - altro (specificare)
-
-

Allega la seguente proposta di ricovero/assistenza redatta:

- dal Medico di Medicina Generale /Pediatra di Libera Scelta Dott.
- dal Dirigente dell'U.O. territoriale Dott.
- dal Dirigente della U.O. ospedaliera Dott. Ospedale di (in caso di dimissione)
- dai Servizi Sociali del Comune di

Al riguardo, allega la seguente documentazione:

- Dettagliata relazione medica sulle patologie di cui è affetto/a o cartellino di dimissione (in caso di dimissione ospedaliera) ed eventuale piano terapeutico, farmacologico e riabilitativo in atto.

Dichiara inoltre di: *(Barrare e sottoscrivere esclusivamente l'ipotesi selezionata)*

- Essere in grado di fare fronte al pagamento della diaria fissata per la quota del _____% della diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare in modo diretto o tramite i familiari tenuti all'obbligo degli alimenti.

..... li _____
(firma del richiedente)

- NON** essere in grado di fare fronte al pagamento della quota del _____ % della diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare.

..... li _____
(firma del richiedente)

Autorizza:

- il trattamento dei propri dati ai sensi del T. U. sulla privacy D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i.;
- il trattamento dei propri dati per scopi di ricerca statistica e scientifica;
- la ASL _____ a comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Comune, Provincia, Regione, Distretti S. S.) i dati strettamente necessari per la soluzione di specifici problemi sociosanitari che riguardano l'interessato e che siano strettamente connessi con lo stato di assistito presso la struttura _____.

..... li

(firma del richiedente)

Istruzioni per la presentazione della domanda

- **Nel caso di assistiti residenti nel territorio della ASL ___** la domanda deve essere presentata al Distretto di competenza che provvederà alla valutazione e successiva autorizzazione;
- **Nel caso di assistiti residenti in altre ASL della Regione Puglia** la domanda dovrà essere presentata alla ASL di residenza;
- **Nel caso di assistiti non in grado di corrispondere la quota parte della retta o la quota sociale dell'assistenza domiciliare a carico dell'assistito o dei familiari civilmente obbligati**, la domanda di inserimento nella struttura deve essere corredata di documentazione da cui emerga la situazione reddituale propria o dei familiari risultante dalle rispettive dichiarazioni IRPEF dell'anno precedente.

MODULO C: AUTORIZZAZIONE AL RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE O FREQUENZA DI STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE (R.R. n. 4/07 e R.R. n. 8/02)

AUTORIZZAZIONE AL RICOVERO/FREQUENZA IN _____

Prot. n. _____ del _____

Al Sig. _____
Via _____, n. _____
CAP _____ Città _____

Vista la proposta d'accesso alla _____ formulata da:

- M.M.G.: Dott. _____
- Dirigente del Servizio Territoriale _____ Dott. _____
- Dirigente U.O. _____ dell'Osp. _____
- Servizio Sociale del Comune di _____

Atteso che, l'Unità di Valutazione Multidimensionale, riunitasi in data _____ come da verbale allegato (all. n° 1), ha ritenuto per il Sig./ra _____ appropriata la proposta di ricovero in _____ ed ha pertanto redatto specifico Progetto Assistenziale Individualizzato (all. n° 2).

Vista la richiesta di ricovero presso la struttura residenziale _____ prodotta dal/la Sig./ra _____, in persona o dal Sig. _____ rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc..) o persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):

Ritenuto che sussistono le condizioni per l'accesso presso una struttura _____,

AUTORIZZA

Il ricovero presso _____ del Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____ e residente in _____ alla via/p.zza _____, per la durata di giorni _____, salvo successive valutazioni e controlli sull'andamento del Piano Individuale degli Interventi effettuati dall'Unità di Valutazione Territoriale.

Il Direttore del Distretto

(firma)

Data _____

Il Comune di _____

- assume l'onere economico per il periodo autorizzato
- non assume l'onere economico della degenza/frequenza, per cui la S. V. dovrà corrispondere la quota della prevista diaria in _____ art. _____ del R.R. 4/2007 per il periodo autorizzato.

Il Referente comunale per l'UVM

(firma)

Data _____

VISTO
Distretto Socio Sanitario n. ____
Il Direttore

LA PRESENTE AUTORIZZAZIONE HA VALIDITA' N. _____ GIORNI DALLA DATA DEL RILASCIO