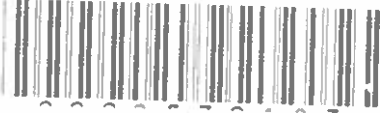


ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Interno
N. 0028606 del 31/03/2016 - 12:30



Ai Sigg. Direttori Distretti Sanitari
Distretti 34 – 48 – 49- 50 – 51 – 52 – 53 – 54 – 55 – 56 – 57 – 58 – 59

e per il Loro Tramite

Ai Sig. Responsabili Uffici Sociosanitari

Oggetto: Procedura per "ASSEGNI DI CURA"

Su sollecitazione dei Resp. Sociosanitari Distrettuali e in considerazione della mole di lavoro che può ricadere sui Distretti Sanitari in seguito alla non corretta applicazione delle procedure stabilite dal Decreto Regionale n° 884/21014 per l'assegnazione degli "Assegni di cura" da parte degli Ambiti Sociali / Comuni e dei Medici di Assistenza Primaria / Pediatri di Libera Scelta,

questa UOC Coord. Sociosanitario, propone attraverso delle note allegate,

di allertare il familiare/tutore dell'assistito facendogli firmare, per presa visione, una comunicazione, della documentazione obbligatoria che il MAP/Pls deve produrre e, al contempo, consegnare al familiare/tutore una nota che lo stesso dovrà far pervenire al proprio medico, dove è ribadita, per l'ennesima volta, la procedura e la documentazione necessaria.

Nella stessa informativa si specifica che in assenza o incompleta, anche parziale, della documentazione sanitaria richiesta la domanda non potrà essere presa in considerazione.

Si allega:

- 1) Nota da consegnare e far firmare al paziente/familiare/tutore
- 2) Nota che il familiare/tutore deve consegnare la proprio MMAP/Pls
- 3) Allegato 2 Del. 19/2015

Si coglie, inoltre, l'occasione per ricordare che, pur nella sua autonomia, l'Ambito Sociale non può pubblicare Bandi, per la cui realizzazione, si avvale del lavoro degli operatori del Distretto Sanitario senza concordare con il Distretto Sanitario procedure e metodi attraverso anche la stesura di Protocolli d'Intesa.

Dr. C. de la Ville sur Illon

Il Direttore dell'UOC Coordinamento Socio Sanitario
Dr. Salvatore D'Ambrosio

Prot. del

Alla c.a. Sig. _____

OGGETTO: documentazione sanitaria obbligatoria per richiesta di valutazione per ASSEGNO DI CURA

Avendo ricevuto richiesta da parte dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Sociale N_____ per valutare eventuale assegnazione di "assegno di cura",

si richiede,

la documentazione sanitaria da parte del Vs Medico di Assistenza Primaria (Medico di Famiglia), secondo quanto stabilito dal Decreto della Regione Campania n° 884/2014.

Per facilitare lo svolgimento della pratica si consegna in allegato nota da consegnare al Suo Medico e l'all. 2 della Del. 19/2015.

Le si fa, inoltre, presente che la convocazione in UVI, obbligatoria per stabilire l'ingresso nell'elenco degli aventi diritto (che è comunque di pertinenza dell'Ambito Sociale/Comune e non del Distretto Sanitario) è subordinata alla consegna della corretta documentazione sanitaria.

Il Resp. Integrazione Sociosanitaria distr. _____
Dr.

Per presa visione

Prot. Del

Alla c.a. del dr. _____

OGGETTO: documentazione sanitaria per richiesta ASSEGNI DI CURA (Decr. Dir. Reg. Camp. 884/14)

Egr. Dott. Avendo il Suo assistito _____ fatto richiesta All'Ufficio di Piano Ambito n° N di beneficiare dell'assegno di cura ai sensi del Decreto Dirigenziale Regionale citato in oggetto, si ricorda che questo Distretto Sanitario dovrà elaborare in UVI un Progetto Personalizzato utile a valutare il GRADO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA, per la quale si intende *"persone con disabilità "gravissima" sono coloro [...] in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere sociosanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica"*.

Le domande per poter essere esaminate da questo Distretto Sanitario dovranno obbligatoriamente contenere:

- 1) L'Allegato 2 della Delibera ASL Na 3 Sud n° 19/2015 (procedure sanitarie) avendo cura di evidenziare nella motivazione "assegno di cura";
- 2) L'Allegato "A" della scheda SVAMA/SVaMDi nella quale va ribadita la dicitura "assegno di cura" e la dizione "disabile gravissimo" indicando la patologia di cui è affetto il paziente e rientranti fra quelle indicate nella Decreto n° 884/2014;
- 3) L'indicazione della classe di priorità, secondo quanto stabilito dalle Linee operative del citato Decreto;
- 4) La certificazione di struttura pubblica attestante la patologia;

Si coglie l'occasione per ribadire che data l'importanza della Sua valutazione e della più approfondita conoscenza del caso la Sua partecipazione alla UVI è determinante ed indispensabile.

Il Resp. Integrazione Sociosanitaria distr. _____
Dr.

Fac-simile della Richiesta Motivata che il M.A.P. / il PIs invia al distretto per l'attivazione delle prestazioni
socio-sanitarie

Data: ___ / ___ / ___

Al Responsabile U.O./P.U.A. : Anziani – Riabilitazione – Materno Infantile
del distretto n. ___

Io sottoscritto dr.ssa/dr. : _____

Segnalo il mio assistito : sig.ra/sig. : _____

Residente a : _____ via/piazza _____ n. _____

Per il seguente motivo:

e richiedo che la/il mia/o assistita/o sia valutata/o dal Responsabile della Porta Unica d'Accesso
(U.O./P.U.A.) per l'eventuale presa in carico per la Valutazione in U.V.I. per prestazioni
socio-sanitarie.

In particolare richiedo di valutare la possibilità di assistenza in :

- Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)
- Assistenza domiciliare integrata (A.D.O. – A.D.O.T.I)
- Assistenza in struttura semiresidenziale (Centro Diurno)
- Assistenza in R.S.A.

Firmato : dr. _____

Nota 1: si ricordano alcuni motivi rilevanti per la richiesta di valutazione in U.O./P.U.A.:

- indicazioni generali di carattere socio-ambientale riguardanti: condizioni abitative e situazione familiare (nucleo di convivenza e di primo grado), rete familiare e sociale di supporto, situazione economica del soggetto e del nucleo familiare;
- condizioni generali di salute, diagnosi cliniche e patologiche presenti.

Nota 2. la richiesta va inviata via e-mail al responsabile U.O./P.U.A. del distretto di competenza: