

CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI AMBITO A/6  
REGIONE CAMPANIA  
Ufficio di Piano Via Belli, 4 - 83042 - Atripalda (AV)  
Tel. 0825624756 - 0825628937 Fax 0825623767  
C.F. 92062640641  
e-mail: [info@servizisocialia6.it](mailto:info@servizisocialia6.it)  
[www.servizisocialia6.it](http://www.servizisocialia6.it)

REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
Via degli Imbimbo 10/12  
83100 Avellino

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI  
ATRIPALDA E MONTORO SUPERIORE  
Via Manfredi - Atripalda  
Via Municipio - Montoro Superiore

# Regolamento per l'accesso alle prestazioni socio sanitarie

03 maggio

# 2012

---

*In questo regolamento si delineano le procedure operative per l'attuazione del percorso integrato e per l'erogazione delle 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 delinearanno 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).

La PUA ha sede nel Distretto Sanitario di Atripalda/Montoro dell'Azienda Sanitaria Avellino alla Via Manfredi - Atripalda (AV). Funziona nei giorni di LUNEDI' - MERCOLEDI' - VENERDI' dalle ore 9.30 alle ore 12.30.

Il personale in dotazione alla PUA si sostanzia in figure sia sociali che sanitarie. In particolare

- per il Consorzio A/6 - un'assistente sociale in dotazione al servizio sociale professionale consortile
- per il distretto sanitario - un'assistente sanitaria o una assistente sociale o altro personale addetto al front office

Con funzioni di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti, coordinamento delle convocazioni UU.VV.II. attraverso un apposito protocollo di accesso nonché della modulistica integrata che si intende come parte integrante del presente regolamento.

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 di Atripalda/Montoro 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.

Le UU.VV.II. sono composte, su indicazione dei Direttori dei Distretti e dal Direttore del Consorzio A/6:

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.  
In ogni caso tutte le figure coinvolte, di volta in volta, nelle UU.VV.II. sono nominativamente indicate nell'Allegato "Rilevazione UVI" annualmente integrato

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

## 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 ecc; 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/riciesta 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 personale della PUA che predispose il modello di convocazione .

La Proposta di ammissione può essere predisposta su supporto informatico e 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 di norma entro 72 ore dalla richiesta .

Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria una presa in carico immediata. In questi casi l'accesso all'ADI/CDI in base alle peculiarità del caso potrà essere in un primo momento o esclusivamente sanitario o esclusivamente sociale 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 componenti previsti all'art.4

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.

**Documento approvato nell'assemblea consortile del 3\_05\_2012**

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:

L' UVI :

- 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 dell'Ambito/comune/utente.

La *valutazione multidimensionale* dell'UVI viene 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, nel caso dell'**assistenza domiciliare**, 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 il compito di elaborare il PAI PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE comprendente:

- gli obiettivi essenziali da raggiungere
- la tipologia della prestazione
- la durata presumibile degli interventi assistenziali
- tempi di verifica dell'andamento del PAI

La redazione del PAI deve prevedere un set minimo di informazioni così raccolte :

- **componente sanitaria**
  - scheda SVAMA redatta dal MMG
  - scheda SVAMA redatta dallo specialista

#### componente sociale

- scheda SVAMA redatta dall'assistente sociale
- Anamnesi socio-ambientale del singolo e/o del nucleo familiare a cura dei servizi sociali d'ambito;
- 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.);
- Individuazione della ripartizione della quota sociale in base al Regolamento d'ambito di Compartecipazione

#### Il PAI dettaglia

- Obiettivi dell'intervento integrato;
- Prestazione sanitaria , **struttura ed 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).

- 1) 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;
- 2) 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;

In sede UVI viene inoltre acquisito il consenso del cittadino, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato, ed a versare la quota di compartecipazione la quota di compartecipazione alla spesa; L'UVI valuta le condizioni di bisogno assistenziale del soggetto per l'ammissione al servizio , redige apposito verbale / modulistica che viene sottoscritto dai partecipanti. Gli assenti sono tenuti ad aderire alle decisioni dell'UVI

**Documento approvato nell'assemblea consortile del 3\_05\_2012**



In sede di verifica l'UVI rivaluta l'andamento complessivo del PAI secondo tempi di revisione definiti nel PAI stesso. Da tali rivalutazioni può scaturire un nuovo PAI modificativo del precedente; stabilisce le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi; provvede alla tenuta ed archiviazione dei fascicoli personali dei pazienti.

Il PAI viene trasmesso per l'autorizzazione, al Direttore Sanitario del Distretto ed al Direttore del CSS.

Il Direttore del Distretto, unitamente al responsabile della UO che ha in carico l'assistito, provvede ad emanare, per quanto di competenza, l'autorizzazione alla erogazione delle prestazioni.

Ai sensi del decreto 6/2010 Commissario ad Acta per il Piano di rientro l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza provvede a comunicare al soggetto interessato l'esito della valutazione, ed in caso di ammissione della richiesta, la data di attivazione del servizio e la eventuale quota di compartecipazione ascritta a suo carico.

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 la PUA 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

### (Fatturazione prestazioni residenziali socio sanitarie)

Ai sensi e per gli effetti della D.G.R.C. n. 50 del 28/02/2012, 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'Ambito/Comune/utente 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 terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti ivi compresi interventi di sollievo	50%	50%

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.

#### Articolo 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. IT89P076011510000013435839 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.

#### Articolo 11

##### Approvazione Regolamento

Il presente regolamento è approvato con atto del Consiglio di Amministrazione/della Giunta del Comune di \_\_\_\_\_.  
Esso entra in vigore a seguito dell'avvenuta esecutività dell'atto di approvazione.

#### Articolo 12

##### (Informativa sulla Privacy)

Ai sensi del Codice sulla privacy, D.Lgs. n. 196/2003, si informano i richiedenti il servizio che:

- a) i dati personali forniti dai richiedenti il servizio sono raccolti esclusivamente per la procedura di valutazione necessaria ai fini dell'eventuale ammissione;
- b) il conferimento dei dati ha natura obbligatoria; la sua mancanza comporta l'impossibilità di attivare il servizio;
- c) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono:
  - il personale delle amministrazioni sanitaria e comunale interessato al procedimento;
  - ogni altro soggetto che vi abbia interesse ai sensi della legge n. 241/1990 e ss.mm.ii.;
- d) i diritti dell'interessato sono quelli di cui al codice sulla privacy;

CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI AMBITO A/6  
REGIONE CAMPANIA  
Ufficio di Piano Via Belli, 4 - 83042 - Atripalda (AV)  
Tel. 0825624756 - 0825628937 Fax 0825623767  
C.F. 92062640641  
e-mail: [info@servizisocialia6.it](mailto:info@servizisocialia6.it)  
[www.servizisocialia6.it](http://www.servizisocialia6.it)

REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
Via degli Imbimbo 10/12  
83100 Avellino

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI  
ATRIPALDA E MONTORO SUPERIORE  
Via Manfredi - Atripalda  
Via Municipio - Montoro Superiore

e) il responsabile del trattamento è \_\_\_\_\_, mentre gli incaricati sono i soggetti da esso designati all'interno dell'ente.

### **Articolo 13**

#### **Norme di Rinvio**

Per tutto quanto non previsto dal presente regolamento si fa rinvio alle vigenti disposizioni di legge e a protocolli operativi specifici demandati alla competenza dei distretti sanitari e degli ambiti sociali di riferimento.

Costituiscono allegati al presente regolamento i documenti che compongono la modulistica redatta dall'ASL Avellino e approvata con la Deliberazione del Direttore Generale n. 253 del 13/03/12:

- 1) Set minimo per scheda di accesso P.U.A. al sistema dei servizi;
- 2) Modulo di richiesta di ricovero in RSA/CD Aziendali;
- 3) Progetto Assistenziale Individuale;
- 4) Moduli di accettazione al ricovero in R.S.A. /C.D./Strutture a bassa intensità assistenziale, Salute Mentale/ADI e alla compartecipazione alla spesa sociosanitaria;
- 5) Comunicazione dell'ASL di avvenuta autorizzazione al trattamento.

**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: _____			
<b>dati dell'assistito</b>			
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"/>
<b>Documento approvato nell'assemblea consortile del 30_05_2012</b>			
			13

**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"/> occupazione temporanea <input type="checkbox"/> occupazione precaria	<input type="checkbox"/> in forma dipendente <input type="checkbox"/> in forma autonoma
-------------------------------------	--	--

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: soc  le    sc  tario    Bisogno  omplesso     Caso urgente

**ATTIVAZIONE DEI SERVIZI:**



CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI AMBITO A/6  
REGIONE CAMPANIA  
Ufficio di Piano Via Belli, 4 - 83042 - Atripalda (AV)  
Tel. 0825624756 - 0825628937 Fax 0825623767  
C.F. 92062640641  
e-mail: [info@servizisocialia6.it](mailto:info@servizisocialia6.it)  
[www.servizisocialia6.it](http://www.servizisocialia6.it)

REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
Via degli Imbimbo 10/12  
83100 Avellino

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI  
ATRIPALDA E MONTORO SUPERIORE  
Via Manfredi - Atripalda  
Via Municipio - Montoro Superiore



## Modulo di richiesta di Prestazione Sociosanitaria

### Domiciliare, semiresidenziale o residenziale

Segnalazione: diretto interessato  Familiari  MMG  PLS  Serv.Soc.d' Ambito

Ospedale  Privato Sociale

Altro.....

Cognome e Nome.....  
.....

Luogo di nascita.....  
.....

Data di nascita...../...../.....

Residenza/Domicilio d' Assistenza  
.....  
.....  
...

Residenza Storica  
.....  
.....

Familiare di riferimento  
.....

In qualità di  
.....  
.....

Recapito.....  
.....

CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI AMBITO A/6  
REGIONE CAMPANIA  
Ufficio di Piano Via Belli, 4 - 83042 - Atripalda (AV)  
Tel. 0825624756 - 0825628937 Fax 0825623767  
C.F. 92062640641  
e-mail: [info@servizisocialia6.it](mailto:info@servizisocialia6.it)  
[www.servizisocialia6.it](http://www.servizisocialia6.it)

REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
Via degli Imbimbo 10/12  
83100 Avellino

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI  
ATRIPALDA E MONTORO SUPERIORE  
Via Manfredi - Atripalda  
Via Municipio - Montoro Superiore

☎..... Codice Fiscale .....

MMG/PLS.....

**Firma dell'Interessato o del familiare o tutore o amministratore di sostegno**

## ATTI SOGGETTI A PRIVACY

Prot. n.

Al Piano di Zona \_\_\_\_\_  
Al Sig. Sindaco del comune di \_\_\_\_\_  
Al Legale Rappresentante \_\_\_\_\_  
Al familiare/Amministratore/Tutore di \_\_\_\_\_  
Al MMG dott. \_\_\_\_\_

**Oggetto:** convocazione U.V.I. Assistito/a  
\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

In merito all'oggetto si comunica che è convocata per il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_.  
presso l'unità Operativa \_\_\_\_\_ del Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_  
la riunione dell'Unità di Valutazione Integrata per il l'assistito in  
oggetto con residenza/residenza storica presso il comune di \_\_\_\_\_.

Si rammenta che ai sensi della DGRC n.50 del 28/02/2012 le SS.LL. potranno intervenire direttamente o delegando formalmente un proprio rappresentante autorizzato alla spesa .La partecipazione alle UUVVI è adempimento reso obbligatorio dalla norma. Nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito o del comune ,se non firmatario della convenzione di cui alla DGRC 50/2012 ,formalmente convocato,risulti assente a due sedute consecutive delle UUVVII ,l'ASL procederà alla valutazione e le relative risultanze saranno vincolanti ai fini della compartecipazione.

Si comunica che, ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di rientro del settore sanitario n.77/2011 e successiva circolare, a partire dal 01 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, di fatturare all'ASL nel cui territorio opera la struttura, esclusivamente la tariffa dovuta per la componente sanitaria ed all'utente/comune la restante quota della tariffa per la componente sociale secondo le percentuali previste dal suddetto decreto.

Distinti Saluti

Il Direttore del Distretto

CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI AMBITO A/6  
REGIONE CAMPANIA  
Ufficio di Piano Via Belli, 4 - 83042 - Atripalda (AV)  
Tel. 0825624756 - 0825628937 Fax 0825623767  
C.F. 92062640641  
e-mail: [info@servizisocialia6.it](mailto:info@servizisocialia6.it)  
[www.servizisocialia6.it](http://www.servizisocialia6.it)

REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
Via degli Imbimbo 10/12  
83100 Avellino

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI  
ATRIPALDA E MONTORO SUPERIORE  
Via Manfredi - Atripalda  
Via Municipio - Montoro Superiore

---

UO.....

**Verbale Unità Valutazione Integrata**

Prot. n            del

Utente : Cognome e  
Nome.....

.....

Nato il :.....

Residenza/Domicilio d'Assistenza .....

.....  
.....

Residenza Storica

.....  
.....

Famigliare di riferimento

.....

Recapito.....

.....

MMG/PLS.....

.....

Segnalazione:            diretto interessato     Familiari     MMG     PLS     Serv.Soc.d'Amb.

                                 Ospedale     Privato Sociale

Altro.....

Osservazioni :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Tipologia della Problematica      Sanitaria       Sociosanitaria       Sociale

Primo ricovero       Ricovero successivo

Periodi di ricovero residenziali/ semiresidenziali precedentemente effettuati dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____
---

**PROPOSTA DI PIANO ASSISTENZIALE  
INDIVIDUALE**

**PROBLEMA CLINICO** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OBIETTIVI PREFISSATI** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI AMBITO A/6  
REGIONE CAMPANIA  
Ufficio di Piano Via Belli, 4 - 83042 - Atripalda (AV)  
Tel. 0825624756 - 0825628937 Fax 0825623767  
C.F. 92062640641  
e-mail: [info@servizisocialia6.it](mailto:info@servizisocialia6.it)  
www.servizisocialia6.it

REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
Via degli Imbimbo 10/12  
83100 Avellino

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI  
ATRIPALDA E MONTORO SUPERIORE  
Via Manfredi - Atripalda  
Via Municipio - Montoro Superiore

---

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 .....%: € .....

CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI AMBITO A/6  
REGIONE CAMPANIA  
Ufficio di Piano Via Belli, 4 - 83042 - Atripalda (AV)  
Tel. 0825624756 - 0825628937 Fax 0825623767  
C.F. 92062640641  
e-mail: [info@servizisocialia6.it](mailto:info@servizisocialia6.it)  
www.servizisocialia6.it

REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
Via degli Imbimbo 10/12  
83100 Avellino

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI  
ATRIPALDA E MONTORO SUPERIORE  
Via Manfredi - Atripalda  
Via Municipio - Montoro Superiore

Componenti U.V.I..	Qualifica	Presente	Assente	Firma
Dott.	M.M.G.			
Dott.	responsabile UO/specialista del distretto			
Dott.	Delegato alla spesa distretto			
Dott.	Delegato alla spesa del PdZ			
Dott.	Delegato alla spesa del comune non firmatario convenzione ex DGRC 50/2012			
Sig.	Utente/familiare o tutore o amministratore sostegno			



**Per le strutture sociosanitarie aziendali**

UO.....

**Modulo di accettazione al ricovero in R.S.A. / C.D. / Strutture a bassa intensita'  
assistenziale Salute Mentale / ADI , e alla compartecipazione alla spesa  
sociosanitaria**

Il Sottoscritto.....

.....

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 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 PdZ o del comune non firmatario della convenzione ex DGRC n.50/2012, al .....% della spesa di ricovero giornaliero pari a €..... essendo il .....% della restante spesa di competenza dell'ASL.
3. che la quota mensile di competenza del PdZ O del comune non firmatario convenzione ex DGRC n.50/2012,e/o dell'utente relativa al ricovero, dovrà essere versata al termine del mese successivo a quello di riferimento attraverso bonifico bancario IBAN IT89-P0760115100000013435839 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/bollettino postale andrà consegnata al Distretto Sanitario di residenza del paziente e alla Direzione Sanitaria della Struttura.**

Data ...../...../.....

Firma per accettazione utente o familiare o tutore o Amministratore sostegno

n. documento d'identità

Firma per accettazione delegato del PdZ

o del comune non firmatario convenzione ex DGRC n.50/2012

**Per le strutture sociosanitarie aziendali**

Al Sig .....

Al familiare /amministratore sig.....

Al legale Rappresentante Strutture.....

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	
<b>SI AUTORIZZA:</b>	
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 PdZ o del comune se non firmatario convenzione ex DGRC50/2012	.....% pari a €
.....	

Quota di compartecipazione a carico dell'utente .....% pari a € .....
--

**La presente comunicazione sostituisce eventuali precedenti autorizzazioni.**

La quota mensile di competenza del PdZ o del Comune non firmatario della convenzione ex DGRC n.50/2012,e/o dell'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. IT89P07611510000013435839 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  
Distretto  
dott.**

**Il Direttore del  
  
dott.**

UO.....

**Modulo di accettazione al ricovero in R.S.A. / C.D. / Strutture a bassa intensita'  
assistenziale Salute Mentale / ADI , e alla compartecipazione alla spesa  
socio-sanitaria**

Il  
Sottoscritto.....  
.....

nato  
a.....  
..... il...../...../.....

residente in .....

via.....  
.....N°.....

Familiare referente del Paziente in qualità di .....

Cognome e  
nome.....  
.....

CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI AMBITO A/6  
REGIONE CAMPANIA  
Ufficio di Piano Via Belli, 4 - 83042 - Atripalda (AV)  
Tel. 0825624756 - 0825628937 Fax 0825623767  
C.F. 92062640641  
e-mail: [info@servizisocialia6.it](mailto:info@servizisocialia6.it)  
www.servizisocialia6.it

REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
Via degli Imbimbo 10/12  
83100 Avellino

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI  
ATRIPALDA E MONTORO SUPERIORE  
Via Manfredi - Atripalda  
Via Municipio - Montoro Superiore

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 PdZ O del comune non firmatario della convenzione ex DGRC n.50/2012, 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 sociale mensile di competenza del PdZ o del comune, se non firmatario convenzione ex DGRC n.50/2012, e/o dell'utente relativa al ricovero, dovrà essere versata direttamente alla struttura di ricovero.

Data ...../...../.....

Firma per accettazione utente o familiare o tutore o Amministratore sostegno  
n. documento d'identità

Firma per accettazione delegato del PdZ  
o del comune non firmatario convenzione ex DGRC n.50/2012

**Al**

**Sig.**.....  
**al familiare / amministratore sig**.....  
**Al PdZ di** .....  
**Al legale Rappresentante Struttura**.....  
**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 <b>SI AUTORIZZA:</b>	
Trattamento in regime: <i>(definire la prestazione secondo il DPCM 29-11-2001)</i>	
Presso il Centro	
A decorrere dal	Con scadenza
Retta giornaliera: <i>(importo definito dal decreto n.6 con indicazione del livello intensità)</i>	
Quota a carico dell'ASL .....% pari a € .....	
Quota di compartecipazione a carico del PdZ o del comune non firmatario convenzione ex DGRC50/2012 .....% pari a € .....	
Quota di compartecipazione a carico dell'utente .....% pari a € .....	

**La presente annulla e sostituisce eventuali precedenti autorizzazioni.**

CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI AMBITO A/6  
REGIONE CAMPANIA  
Ufficio di Piano Via Belli, 4 - 83042 - Atripalda (AV)  
Tel. 0825624756 - 0825628937 Fax 0825623767  
C.F. 92062640641  
e-mail: [info@servizisocialia6.it](mailto:info@servizisocialia6.it)  
[www.servizisocialia6.it](http://www.servizisocialia6.it)

REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
Via degli Imbimbo 10/12  
83100 Avellino

U.O.C. DISTRETTO SANITARIO DI  
ATRIPALDA E MONTORO SUPERIORE  
Via Manfredi - Atripalda  
Via Municipio - Montoro Superiore

- 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 all'Ambito Sociale territorialmente competente o al comune di residenza storica non firmatario della convenzione ex DGRC n.50-2012 e/o all'utente.

**Il Responsabile UO  
del Distretto  
dott.**

**Il Direttore  
  
dott.**