REGIONE CAMPANIA
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO

STRANIERI TEMPORANEAMENTE PRESENTI

STP

PRESTAZIONI DI RICOVERO

RESE IN STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

PROCEDURA OPERATIVA

Aggiornamento giugno 2019

1 ASPETTI DI SISTEMA

2 PRESTAZIONI DI RICOVERO RESE A STP DA STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

3 RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RESE A STP DAI PRESIDI ACCREDITATI

4 SCHEMA RIEPILOGATIVO DEL PERCORSO DI RENDICONTAZIONE

5 PRESTAZIONI EROGATE A STP IN REGIME DI RICOVERO PRESSO CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE O OSPEDALI CLASSIFICATI

6 RICOVERO PER TRASFERIMENTO (TRAMITE 118 OPPURE DA ALTRA STRUTTURA ACCREDITATA PUBBLICA O PRIVATA)

7 INDICAZIONI PER LA CORRETTA ATTRIBUZIONE SULLA SDO DELL'ONERE DI DEGENZA

ALLEGATI:

- ***All.1 - Certificazione di indigenza (pag. 10)***
- ***All.2 - Dichiarazione di urgenza e/o essenzialità / R1- Rendicontazione (pag. 11 e 12)***
- ***MOD. ACC. 1 e TAB. 1 (pag. 13 e 14)***
- ***MOD. ACC. 2 e TAB. 2 (pag. 15 e 16)***
- ***MOD. ACC. 3 e TAB. 3 (pag. 17 e 18)***
- ***MOD. ACC. 4 - Autorizzazione ricovero STP in struttura privata accreditata (pag. 19)***
- ***Attestazione Ricovero tramite 118 (pag. 20)***

ASL NAPOLI 1 CENTRO
PRESTAZIONI SANITARIE RESE A STP NELLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Nel presente documento sono riportate, anche a seguito delle novità introdotte con la Legge n. 232/2016 le modalità procedurali aggiornate per la rendicontazione delle prestazioni rese a STP nelle strutture private accreditate, concordate tra il Direttore dell'U.O.C. Monitoraggio e Controllo Attività Ospedaliera e il Responsabile della U.O. Coordinamento Assistenza Migranti.

ASPETTI DI SISTEMA

L'assistenza sanitaria agli STP rappresenta un obbligo di legge (D.L.vo 286/98, Circolare Ministero Sanità n.5/2000).

Le prestazioni a cui gli STP hanno diritto sono (D. L.vo 286/98 art. 35):

1. Cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o essenziali

   Le prestazioni relative al punto 1, per le quali nella **SDO** va opzionato l'onere di degenza **"A" (STRANIERI NON CONVENZIONATI INDIGENTI)** sono finanziate dal Ministero della Sanità (Legge 232/2016) che riceve dal MIn. Interno un rimborso forfettario annuale

2. Interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura inerenti:
   a. Tutela della gravidanza e della maternità
   b. Tutela del minore
   c. Vaccinazioni
   d. Interventi di profilassi internazionale
   e. Profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive

   Le prestazioni relative al punto 2, previa rendicontazione, sono finanziate dalla Regione e, nella **SDO**, va opzionato l'onere di degenza **"8" – STRANIERI NON CONVENZIONAT**I (a carico SSR)

Secondo la definizione del Ministero della Salute sono:

- **Cure urgenti** le prestazioni sanitarie che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute.

- **Cure essenziali** le prestazioni sanitarie diagnostiche e terapeutiche relative a patologie non pericolose nell'immediato ma che, nel tempo, potrebbero determinare danno alla salute o rischi per la vita.

E'compito del medico – per diretta competenza – attestare la sussistenza dell'urgenza e/o essenzialità della prestazione erogata o prescritta.

La procedura STP si attiva all'atto della prima richiesta di assistenza sanitaria dello Straniero Temporaneamente Presente presso un Presidio Sanitario ad accesso diretto oppure, in presenza di documento di riconoscimento, presso un Ufficio Anagrafe Assistiti Distrettuale.

Per tutto quanto attiene la procedura di erogazione/rendicontazione delle prestazioni rese a STP dai Presidi Sanitari dell'Azienda si rimanda al DISCIPLINARE STP (scaricabile dal sito www.aslna1.napoli.it – Area Riservata → finestra OFFERTA DELLA ASL – IMMIGRAZIONE → Manuali e Disciplinari Operativi, assunto e reso operativo con Delibera del Commissario Straordinario n.1141 del 23 novembre 2009.
Per quanto riguarda le prestazioni di ricovero rese a STP nelle Strutture Private Accreditate la procedura di erogazione / rendicontazione, comportando la necessità di ottemperare ai medesimi obblighi imposti dalla normativa di settore ed imponendo il medesimo obbligo di garantire la produzione di documentazione a supporto per ottenere il rimborso degli oneri sostenuti per prestazioni rese a STP dai competenti uffici della Regione, è sostanzialmente analoga a quella riportata nel suddetto "DISCIPLINARE STP" con alcune differenze organizzative/procedurali che, parzialmente rivisitate per garantire una migliore efficienza del processo, vengono di seguito e nel dettaglio puntualizzate.

Ricovero programmato

Si premette che le prestazioni sanitarie a STP vanno erogate dagli Stabilimenti Ospedalieri Pubblici previa prescrizione su RICETTA REGIONALE sulla quale va apposto, nello spazio relativo alla PRESCRIZIONE e senza sovrapporlo a nessuno dei campi della ricetta, l 'apposito timbro con la dicitura:
"PRESSO STRUTTURA PUBBLICA Circolare Regione Campania n.3857/2001"

Nei soli casi in cui la prestazione urgente / essenziale prescritta **NON possa essere garantita nelle STRUTTURE PUBBLICHE nei tempi e nei modi adeguati**[1] il timbro con la dicitura "PRESSO STRUTTURA PUBBLICA" NON sarà apposto sulla ricetta.

Le Strutture Private Accreditate possono dunque accedere al rimborso da parte dell'Azienda di prestazioni di ricovero prescritte e rese a STP solo se sulla ricetta di prescrizione (propedeutica all'erogazione della prestazione) non sia presente alcuna dicitura che obblighi l'utente STP a rivolgersi a STRUTTURA PUBBLICA.
Per quanto sopra, le strutture private accreditate che intendano richiedere il rimborso alla ASL Napoli 1 Centro delle prestazioni di ricovero programmato rese a STP, sono tenute a richiedere al paziente STP la produzione di quanto segue:

1) **Ricetta di prescrizione compilata in ogni sua parte su Ricettario Unico Regionale**

Le prescrizioni a STP vanno effettuate utilizzando il Ricettario Unico Regionale.

In particolare il medico prescrittore è tenuto a:

[1] "Ove l'offerta sanitaria delle aziende pubbliche risultasse gravemente carente per specialità, tanto da compromettere l'esito delle cure, si intendono ammesse al finanziamento le prestazioni rese a STP da strutture provvisoriamente accreditate (Circ. Assessorato Sanità Regione Campania n.3857/2001 – comma B)

- Effettuare la prescrizione su ricetta SSN trascrivendo (come previsto dalla L 24.11.2004 n°226 art. 50) il codice STP nel campo "codice fiscale" e la sigla ST nel campo "tipo ricetta" mentre il campo "sigla provincia / codice ASL competente" non dovrà essere compilato.
- Riportare le generalità complete dell'assistito e la diagnosi.
- Apporre sulla ricetta il proprio timbro completo di nominativo e codice identificativo.

I medici dipendenti e i medici degli ambulatori dedicati STP dovranno utilizzare un codice identificativo alfanumerico costituito per le prime due lettere dalla sigla della provincia dell'Ordine di appartenenza e per i successivi campi dal numero di iscrizione all'ordine professionale (Deliberazione GRC n°1018/2001 comma B).

N.B.) In Regione Campania i MMG non possono emettere impegnative per gli STP

2) **Allegato 2 – certificazione di prestazione urgente/essenziale**

Il medico che compila l'*All. 2* prescrivendo la PRESTAZIONE SANITARIA URGENTE/ESSENZIALE di ricovero (parte sinistra del modello) è tenuto ad apporre, in calce, firma leggibile e timbro completo di codice identificativo (vedi punto 1)

L'*All. 2 - prestazione urgente / essenziale -* prevede che la *prescrizione* e la successiva *rendicontazione* della prestazione resa avvengano sul medesimo *All. 2* utilizzando, per la rendicontazione, l'apposito *riquadro R1* che dovrà essere sottoscritto e timbrato dall'operatore che lo ha compilato

3) **MOD. ACC. 4 - Autorizzazione del paziente STP a rivolgersi a Struttura Privata Accreditata,** redatta dal medico che ha effettuato la prescrizione

La compilazione di tale modello si rende necessaria per evitare l'accesso improprio di utenti STP alle strutture private accreditate

Ricovero di Pronto Soccorso

N.B. Il ricovero di pronto soccorso di utente **sprovvisto** di codice STP (non precedentemente assegnato dall'Azienda Sanitaria) in Strutture Private Accreditate, in convenzione con l'ASL Napoli 1 Centro per attività di P.S., richiede:

1) L'assegnazione di un codice di riferimento STP progressivo di struttura privata accreditata che andrà generato nel modo seguente[2]:

S	T	P	1	5	0	x	x	x	y	Z	*	*	*	*	*
			Cod. Reg. Campania			*Cod. ISTAT di Struttura*			*anno*		*n. progressivo di Struttura*				

Y = ultima cifra dell'anno in corso *(10° campo)*

Z = penultima cifra dell'anno in corso *(11° campo)*

X = campi riservati al Codice ISTAT di struttura (campi 7-9)

Asterisco = numerico progressivo di Struttura *(campi 12-16)*

2) L'acquisizione dell'*All. 1 - dichiarazione di indigenza*
(apposita dichiarazione resa, sul modello specifico, dallo straniero extracomunitario non regolarmente soggiornante in Italia ai fini dell'assegnazione del codice STP)

3) La compilazione dell'*All. 2 - certificazione di prestazione urgente/essenziale* da parte del medico che effettua il ricovero (parte sinistra del modello) debitamente firmato e timbrato (il timbro deve essere conforme a quanto riportato nel precedente paragrafo)

RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RESE A STP DAI PRESIDI ACCREDITATI

(vedi *SCHEMA RIEPILOGATIVO DEL PERCORSO DI RENDICONTAZIONE*)

La Struttura Privata Accreditata che ha erogato una prestazione sanitaria ad utente STP è tenuta a rendicontare la prestazione al fine di consentire all'Azienda l'attivazione delle procedure di recupero fondi.

I presidi eroganti si configurano, dunque, come *centri di costo* e come tali sono tenuti, per quanto attiene l'assistenza sanitaria all'utenza STP, a garantire accuratezza e completezza delle procedure previste.

Il *riquadro R1* (riservato alla r*endicontazione della prestazione resa)* va compilato dalla Struttura Accreditata che ha erogato la prestazione di ricovero

Nel *riquadro R1* va riportato, a dimissione avvenuta, il codice del DRG, l'onere complessivo, e la data di dimissione del paziente unitamente a timbro e firma del compilatore.

Nell'*All. 2 - prestazione urgente/essenziale* aggiornato è stata prevista una specifica casella da utilizzare per la numerazione degli All. 2. redatti da ciascun presidio/struttura che ha erogato la prestazione.

N. _____
progressivo mensile del presente All. 2

A cadenza mensile i Direttori Sanitari delle Strutture Private Accreditate sono tenuti a inviare alle Direzione del D.S.B. di afferenza quanto segue:

- Nota di trasmissione degli *All. 2* relativi alle prestazioni di ricovero erogate a STP dalla struttura (MOD – ACC. 1 debitamente firmato e timbrato dal Direttore Sanitario) corredata dal TAB. 1 (tabulato riassuntivo delle prestazioni di ricovero rese a STP per data di dimissione collegati ai rispettivi All. 2 tramite corrispondente numerazione progressiva) in formato cartaceo ed informatico)

- Gli *All. 2* in originale relativi alle prestazioni erogate dal presidio con la numerazione progressiva mensile.

- Stampa della scheda SDO firmata e timbrata dal Sanitario della struttura.

Inoltre:

- PER I RICOVERI PROGRAMMATI:

La copia della ricetta di prescrizione corredata dal MOD. ACC. 4 (Autorizzazione ricovero STP in Struttura privata Accreditata)

- PER I RICOVERI DI PRONTO SOCCORSO:

All.1 (dichiarazione di indigenza) oppure fotocopia Tessera STP

- **La Direzione del D.S.B.**

conserverà agli atti la suddetta documentazione e invierà, dopo aver controllato la corrispondenza dei dati ricevuti dalle Strutture sanitarie e quelli presenti nel database del software dedicato al monitoraggio e analisi dei ricoveri ospedalieri, a cadenza semestrale (rispettivamente luglio per il primo semestre e gennaio dell'anno successivo per il secondo semestre), all'U.O.C. Monitoraggio e Controllo Attività Ospedaliera, utilizzando il MOD – ACC. 2, una tabella riassuntiva - TAB.2 - con le prestazioni di ricovero rese a S.T.P. specificando se le stesse siano supportate o meno da documentazione idonea ai fini della rendicontazione.
La tabella - TAB 2 - prodotta dal Distretto Sanitario dovrà essere in forma cartacea e informatica (formato excell).

L' U.O.C. Monitoraggio e Controllo Attività Ospedaliera invierà all'Uff. Centrale STP – ai fini delle procedure di rimborso – a cadenza annuale (febbraio anno successivo) quanto segue:

- Nota di trasmissione della documentazione (MOD – ACC. 3)
- Tabulato riassuntivo – in formato cartaceo e informatico (excell) – delle prestazioni sanitarie di ricovero rese a STP dalle strutture private accreditate nel semestre di riferimento (vedi TAB. 3)

L'Ufficio Centrale STP, al quale perverrà la documentazione sopra specificata, provvederà a tutti gli adempimenti conseguenti e necessari a procedere alla richiesta di rimborso degli importi relativi a prestazioni di ricovero ospedaliero rese a STP dalle strutture private accreditate.

SCHEMA RIEPILOGATIVO DEL PERCORSO DI RENDICONTAZIONE

ADEMPIMENTI STRUTTURA ACCREDITATA

Invio mensile al Distretto Sanitario di Base di competenza territoriale della seguente documentazione:

- **Nota di trasmissione (Modello ACC.1) debitamente compilata, timbrata e firmata dal Direttore Sanitario**
- **Tabulato riassuntivo (TAB. 1 in formato cartaceo e informatico) dei ricoveri di STP relativi ai dimessi nel mese di riferimento**
- **Allegati 2 (certificati di urgenza/essenzialità) compilati anche nella sezione "riquadro R1" dove vanno riportati: la denominazione della struttura, il codice del DRG, e relativo importo, la data di dimissione del paziente, timbro e firma del compilatore, con indicazione, nell'apposito spazio, del numero progressivo mensile di struttura (corrispondente a quello da riportare sul TAB 1)**
- **Schede SDO, timbrate e firmate dal Sanitario abbinate ai relativi All. 2**

INOLTRE:

PER I RICOVERI PROGRAMMATI:

- **copie delle impegnative e delle autorizzazioni del medico prescrittore (Modello ACC. 4)**

PER I RICOVERI DI PRONTO SOCCORSO (solo per le strutture accreditate anche per l'attività di Pronto Soccorso):

- **Dichiarazioni di indigenza del paziente STP (ALL. 1)** *oppure* ***fotocopia Tessera STP*** *abbinate ai relativi All. 2*

ADEMPIMENTI DISTRETTO SANITARIO

- **Controllo della completezza e correttezza della documentazione relativa ai ricoveri di STP inviata, mensilmente, dalle strutture accreditate di competenza territoriale.**
- **Controllo della corrispondenza dei dati ricevuti dalle Strutture sanitarie e quelli presenti nel database del software dedicato al monitoraggio e analisi dei ricoveri ospedalieri**

Invio semestrale (rispettivamente luglio per il primo semestre e gennaio anno successivo per il secondo semestre) all'U.O.C. Monitoraggio e Controllo Attività Ospedaliera della tabella riassuntiva con le prestazioni di ricovero rese a S.T.P. specificando se le stesse siano supportate o meno da idonea documentazione per la rendicontazione. (TAB 2)

- **Copia delle SDO prodotte dalle strutture di ricovero accreditate.**

ADEMPIMENTI U.O.C. MONITORAGGIO E CONTROLLO ATTIVITA' OSPEDALIERA

Invio annuale (febbraio anno successivo) all'Ufficio Centrale STP, della seguente documentazione:

- **Nota di trasmissione (Modello ACC. 3) debitamente compilato, timbrato e firmato dal Responsabile U.O.C. Monitoraggio e Controllo Attività Ospedaliera**
- **Tabulato riassuntivo (in formato cartaceo e informatico – TAB. 3) delle tabelle (TAB 2) ricevute dai D.S.B. dei**
- **Copia delle schede SDO ricevute dai D.D.S.S.B.B., che hanno superato il controllo logico formale previsto dall'iter.**

ADEMPIMENTI UFF. CENTRALE STP

L'Ufficio Centrale STP, al quale perverrà dall'UOC Monitoraggio e controllo Attività Ospedaliera, la documentazione sopra specificata, provvederà - verificata la completezza e la congruità dell' attribuzione dell'onere di degenza - a tutti gli adempimenti conseguenti e necessari all'inoltro della richiesta di rimborso degli importi relativi a prestazioni di ricovero ospedaliero rese a STP dalle strutture private accreditate con la ASL Napoli 1 Centro ai competenti Uffici Regionali

PRESTAZIONI EROGATE A STP IN REGIME DI RICOVERO PRESSO OSPEDALI CLASSIFICATI

Le norme relative al ricovero sono sovrapponibili a quelle indicate per le Case di Cura private Accreditate. La documentazione probatoria per la rendicontazione può, però, essere prodotta in copia mentre gli originali saranno conservati agli atti della struttura di ricovero, ai fini dei controlli a campione periodicamente effettuati dal personale distrettuale preposto a tale compito.

Per questi ricoveri, che vengono liquidati alla struttura direttamente dai competenti Uffici Regionali e pertanto non vanno rendicontati, i Distretti si limiteranno a trasmettere, in forma cartacea e informatizzata (formato excell), alla UOC Monitoraggio e Controllo Attività Ospedaliere, mediante l'apposita Tabella TAB 2, il tabulato dei ricoveri con la specifica della idoneità o della inidoneità della documentazione prodotta ai fini della liquidazione.

RICOVERO PER TRASFERIMENTO (TRAMITE 118 OPPURE DA ALTRA STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA ACCREDITATA)

PREMESSA

Come è noto la Regione Campania con la Circolare 3857/2001 ha limitato l'accesso degli STP alle strutture private accreditate ai soli casi in cui:

- la prestazione richiesta non sia usufruibile presso una struttura pubblica
- l'accesso avvenga tramite il Pronto Soccorso.

Alcune variazioni nelle procedure di ricovero hanno, peraltro, creato la possibilità che un STP sia ricoverato in una struttura privata accreditata, priva di un proprio P.S. accreditato, in base ad uno dei seguenti casi:

- Tramite 118 presso una struttura privata accreditata che sia inserita nella rete di emergenza,
- Trasferimento da un P.S. presso una struttura privata accreditata che sia inserita nella rete di emergenza
- Trasferimento da reparto di una struttura pubblica o privata accreditata nei casi previsti

Per tali casi è, pertanto, necessario adottare una idonea procedura che consenta di produrre la documentazione adatta a rendicontare, da parte della ASL, il costo del ricovero ai competenti Uffici Regionali.

ADEMPIMENTI DELLA STRUTTURA PUBBLICA:

il Presidio Ospedaliero che accoglie il paziente STP e che ne dispone il trasferimento in una Struttura Privata Accreditata inserita nella rete dell'emergenza ospedaliera deve far pervenire alla struttura ricevente:

- **Richiesta di trasferimento debitamente firmata e timbrata**
- **Autorizzazione al ricovero in struttura privata accreditata** (Modello ACC.4 per la ASL Napoli 1 Centro) debitamente timbrata con il timbro della struttura e sottoscritto con firma leggibile da un medico del Presidio Ospedaliero che ha richiesto il trasferimento (in tale modello il campo per il codice STP sarà compilato con il codice riportato sulla tessera STP – anche rilasciata da altra ASL - del paziente se ne è già in possesso oppure lasciato in bianco se lo Straniero Temporaneamente Presente non è in possesso di Tessera STP)

  Oppure, in caso sia stato il 118 a disporre il ricovero, in sostituzione dei due documenti su indicati:
- **Attestazione del medico di turno** sull'Ambulanza che il ricovero è stato disposto dalla centrale operativa

ADEMPIMENTI DELLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA:
la struttura privata accreditata che accetta il trasferimento deve aver cura di ricevere dall'ospedale di invio, correttamente compilati:

- **Richiesta di trasferimento**
- **Autorizzazione al ricovero in struttura privata accreditata (modello ACC.4 per i presidi della ASL Napoli 1 Centro)**

Oppure, in caso sia stato il **118** a disporre il ricovero, in sostituzione dei due documenti su indicati:

- **Attestazione del medico di turno sull'Ambulanza** che il ricovero è stato disposto dalla Centrale Operativa

Ai fini della rendicontazione al Distretto competente, da effettuare come di consueto nel mese successivo alla dimissione, dovrà allegare alla nota di trasmissione di tutti i ricoveri di STP da rendicontare (mod.ACC.1) e al tabulato riassuntivo dei ricoveri (in forma cartacea e informatica):

- **Richiesta di trasferimento**
- **Autorizzazione al ricovero in struttura privata accreditata (modello ACC.4 per i presidi della ASL Napoli 1 Centro)**

Oppure, in caso sia stato il **118** a disporre il ricovero, in sostituzione dei due documenti su indicati:

- **Attestazione del medico di turno sull'Ambulanza** che il ricovero è stato disposto dalla centrale operativa

inoltre:

- **SDO con firma del medico e timbro in originale** - (N.B. sulla SDO va riportato il codice STP del paziente)
- **Certificato di Urgenza/Essenzialità (All.2)** con timbro e firma in originale del medico della struttura che ha disposto il trasferimento (oppure, in mancanza, di un medico della Struttura Privata Accreditata ricevente - sul certificato va riportato il codice STP del paziente -)

A tali documenti va aggiunto:

- **Copia della Tessera STP** (se in possesso del degente)

oppure (se il paziente non ne fosse in possesso):

- **Dichiarazione di indigenza** riportante il codice STP attribuito dalla struttura privata accreditata che andrà riportato nell'apposito campo del modello ACC.4 ricevuto dal Presidio Ospedaliero che ha disposto il trasferimento del paziente

INDICAZIONI PER LA CORRETTA ATTRIBUZIONE DELL'ONERE DI DEGENZA SULLA SDO

Tenuto conto che un'errata attribuzione dell'onere di degenza può rendere inesigibile il rimborso da parte della ASL, si precisano, di seguito, le regole per la corretta scelta del codice relativo all'onere di degenza:

CODICE "8" (ricoveri a carico della Regione ai sensi del DPR 394/99 e SSMMII)
va utilizzato esclusivamente per i ricoveri relativi ai seguenti casi:

- ***Utenti di minore età***
- ***Utenti con DRG correlati alla gravidanza, parto e puerperio e, in generale, alla maternità***
- ***Utenti con DRG correlati a malattie infettive.***

CODICE "A" (ricoveri a carico del ministero della Sanità, precedentemente alla Legge 232/2016 a carico del Ministero dell'Interno):
va utilizzato per ***tutti gli altri ricoveri.***

REGIONE CAMPANIA
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO

Allegato 1

DICHIARAZIONE DI INDIGENZA

L'assessore alla Sanità

SOGGETTI CHE SI TROVANO NELLE CONDIZIONI PREVISTE DALL'ARTICOLO 35, COMMA 4, DEL DECRETO LEGISLATIVO 25 LUGLIO 1998 N. 286 "TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI CONCERNENTI LA DISCIPLINA DELL'IMMIGRAZIONE E NORME SULLA CONDIZIONE DELLO STRANIERO"

il/la sottoscritto/a

COGNOME										
NOME										
NATO/A *paese di nascita*										
IL										
	giorno		mese			anno				
DI NAZIONALITA'										
Con temporaneo soggiorno in (*comune*) :										
Indirizzo										
PER IL FIGLIO										
NATO IL				**paese di nascita**						

DICHIARA sotto la propria responsabilità ed ai sensi di legge di essere privo di risorse economiche sufficienti.

FIRMA DEL DICHIARANTE

Data | | | |

N.B. le dichiarazioni false sono punite dalle leggi dello Stato Italiano (art. 26 della legge 4 gennaio 1968 n.15 e successive modifiche ed integrazioni)

RISERVATO ALLA STRUTTURA CHE ASSEGNA IL CODICE STP

S	**T**	**P**	**1**	**5**	**0**	**2**	**0**	**4**						

Timbro dell'Ufficio

Firma di chi riceve la dichiarazione

☐ ***Generalità dichiarate***

☐ ***Generalità rilevate da documento***

QUESTA DICHIARAZIONE E' NECESSARIA PER RICEVERE L'ASSISTENZA SANITARIA E NON VIENE TRASMESSA ALL'AUTORITA' DI POLIZIA

Allegato 2

REGIONE CAMPANIA
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO

DICHIARAZIONE DI URGENZA O ESSENZIALITA'
Assistenza sanitaria a STP
(ai sensi del c.4 art.33 L. 6/3/98 e art. 43 DPR 31/08/99 n.394)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO CENTR. STP

R

DSB_____

PRESIDIO _____

N. _____
progressivo mensile del presente all.2

CODICE STP UTENTE

S	T	P	1	5	0										

SI CERTIFICA CHE IL/LA SIG.

A	COGNOME lettera iniziale	
B	NOME lettera iniziale	
C	SESSO **M** **F** NATO/A IL	
D	NAZIONALITA'	

☐ *Generalità dichiarate* ☐ *Generalità rilevate da documento*

E	AFFETTO/A DA:

Il presente all.2 deve essere redatto per ogni ricetta.
Per gli esami di laboratorio può essere utilizzato un solo all.2 per più ricette.

RENDICONTAZIONE - RIQUADRO R1
da compilare a cura del presidio che ha erogato la prestazione

PRESIDIO _____

NECESSITA DELLE SEGUENTI PRESTAZIONI SANITARIE URGENTI/ESSENZIALI :

		CODICE TARIFFARIO	TARIFFA €
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
		TOT. €	

IMPORTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI EROGATE RELATIVE AL PRESENTE ALL. 2

€ _____

DATA _____/_____/_____

TIMBRO PRESIDIO EROGATORE E FIRMA LEGGIBILE COMPILATORE RIQUADRO R1

DATA_____/_____/_____

FIRMA E TIMBRO DEL SANITARIO

Allegato 2

REGIONE CAMPANIA
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO

DICHIARAZIONE DI URGENZA O ESSENZIALITA'
Assistenza sanitaria a STP
(ai sensi del c.4 art.33 L. 6/3/98 e art. 43 DPR 31/08/99 n.394)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO CENTR. STP

R

riportare il numero della prestazione (numerazione mensile di struttura)

DSB _____

PRESIDIO _____

PER RICOVERI DI P.S.: riportare il DSB di afferenza della struttura seguito dalla denominazione della Struttura Privata Accreditata

N. _____
progressivo mensile del presente all.2

CODICE STP UTENTE

S	T	P	1	5	0										

SI CERTIFICA CHE IL/LA SIG.

solo prima lettera del cognome

solo prima lettera del nome

A	COGNOME Lettera iniziale	
B	NOME Lettera iniziale	
C	SESSO **M** **F**	NATO/A IL
D	NAZIONALITA'	

☐ *Generalità dichiarate* ☐ *Generalità rilevate da documento*

E	AFFETTO/A DA:	Riportare la DIAGNOSI o <u>in alternativa</u> i SINTOMI che motivano il ricovero urgente/essenziale

NECESSITA DELLE SEGUENTI PRESTAZIONI SANITARIE URGENTI/ESSENZIALI :

		CODICE TARIFFARIO	TARIFFA €
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
		TOT. €	

Spazio da utilizzare per SPECIFICARE la tipologia di ricovero (anche utilizzando più righe e con grafia leggibile evitando abbreviazioni).

DATA_____/_____/_____

FIRMA E TIMBRO DEL SANITARIO

data della prescrizione (o del ricovero)

FIRMA LEGGIBILE e timbro completo di codice identificativo del medico che effettua la certificazione di urgenza/essenzialità della prestazione di ricovero

RENDICONTAZIONE - RIQUADRO R1
da compilare a cura del presidio che ha erogato la prestazione

PRESIDIO _____

Denominazione della struttura privata accreditata che ha erogato il ricovero

CODICE DRG

IL PRESENTE RIQUADRO R1 VA UTILIZZATO PER LA RENDICONTAZIONE E COMPILATO DALLA STRUTTURA CHE HA EROGATO IL RICOVERO

IMPORTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI EROGATE RELATIVE AL PRESENTE ALL. 2

€ _____

Importo in € corrispondente al DRG

data di dimissione del paziente STP

DATA _____/_____/_____

TIMBRO PRESIDIO EROGATORE E FIRMA LEGGIBILE COMPILATORE RIQUADRO R1

DA COMPILARE SEMPRE

MOD.ACC.1

DENOMINAZIONE STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA

_____

PROT. _____ DATA _____

OGGETTO: RIEPILOGO MENSILE PRESTAZIONI DI RICOVERO RESE A STP

A DIREZIONE DEL DISTRETTO _____

Si invia, allegato, la documentazione relativa a prestazioni di ricovero urgenti e essenziali rese a STP dalla scrivente struttura.
Nel dettaglio:

a) **TAB.1 relativo alle prestazioni di ricovero rese a STP nel mese di _____ (per data di dimissione)**

b) **N. _____*All. 2-certificazione di urgenza/essenzialità* con *riquadro R1-rendicontazione* compilato (completi di documentazione a corredo)**

FIRMA E TIMBRO DEL RESPONSABILE
DELLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA
_____

FOGLI ALLEGATI n._____

TAB 1 allegato al Mod. ACC 1

Allegato al MOD. ACC 1 N. del Struttura Accreditata

ANNO Mese

N. progressivo all. 2 (assegnato)	Codice Struttura	SDO n.	Codice STP	Sesso M o F	Data di Nascita	Nazionalità	DRG codice	DRG descrizione	Tariffa DRG	Onere di Degenza (8 o A)	Data Ricovero	Data Dimissione	Ricovero Programmato (barrare)	Ricovero di P.S. (barrare)

Totale 0

Data ________________

Firma e Timbro del Direttore Sanitario
della Struttura Accreditata

MOD. ACC.2

RIEPILOGO SEMESTRALE DI DISTRETTO – RICOVERI RESI A S.T.P. DA STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Direzione D.S.B. n. _____

Al Direttore U.O.C.
Monitoraggio e Controllo Attività Ospedaliera

Ogg. Rendicontazione prestazioni di ricovero rese a S.T.P. dalle Strutture Private Accreditate afferenti al D.S.B. n. __
nel □ I° Semestre □ II° Semestre dell'anno _____

In merito all'oggetto, s'invia in allegato la seguente documentazione N. _____ plichi costituiti da quanto segue:

N. plico	Denominazione Struttura	Numero di SDO allegate

Timbro e firma del Direttore Responsabile

Mod Tab 2 n. _____ allegato al Mod. ACC 2

Prestazioni di ricovero rese a S.T.P.

D.S.B. n. Stuttura accreditata Periodo dal / / al / /

SDO n.	Codice STP	Sesso M o F	Data di Nascita	Nazionalità	DRG codice	DRG descrizione	Tariffa DRG	Onere di Degenza (B o A)	Data Ricovero	Data Dimissione	Document. Idonea alla Liquidazione/ Rendicontaz. (SI o NO)
						TOTALE	0				

Data Firma e Timbro del Direttore Responsabile D.S.B. n. _________

MOD. ACC. 3

RIEPILOGO ANNUALE RICOVERI STP IN STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE DELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO

REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro

Prot._____ del _____

A Ufficio Centrale STP

Oggetto: riepilogo ricoveri di STP in strutture private accreditate della ASL Napoli 1 Centro

Si invia, in allegato, la documentazione relativa ai ricoveri in oggetto con dimissione nell'anno _____

costituita da:

a) TAB.3 relativo ai ricoveri di STP dimessi nell'anno _____
b) Relative schede SDO che hanno superato il controllo logico-formale, debitamente timbrate e firmate

Timbro e firma del Responsabile
UOC Monitoraggio e Controllo Attività Ospedaliera

_____

n. FOGLI ALLEGATI: _____

TAB 3 allegato al Mod. ACC3

Allegato al MOD. ACC 3 N. del

Mod. Tab 2

ANNO SEMESTRE I SEMESTRE II

N. progressivo all. 2 (assegnato)	Codice Struttura	SDO n.	Codice STP	Sesso M o F	Data di Nascita	Nazionalità	DRG codice	DRG descrizione	Tariffa DRG	Onere di Degenza (8 o A)	Data Ricovero	Data Dimissione	Document. Idonea alla Liquidazione/ Rendicontaz. (SI o NO)

Totale

Data ________________

Firma e Timbro del Responsabile U.O.C.
MONITORAGGIO E CONTROLLO ATTIVITA'

Autorizzazione ricovero STP in struttura privata accreditata **MOD ACC.4**

REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro

DISTRETTO SANITARIO | | |

AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE CAMPANIA N° 3857/2001 – comma B
("Ove l'offerta sanitaria delle aziende pubbliche risultasse gravemente carente per specialità, tanto da compromettere l'esito delle cure, si intendono ammesse al finanziamento le prestazioni rese a STP da strutture provvisoriamente accreditate")

SI AUTORIZZA PER IL PAZIENTE:

COGNOME_____

NOME_____

CODICE

S	**T**	**P**													

LA SEGUENTE PRESTAZIONE URGENTE E/O ESSENZIALE:

_____

_____

IN STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA AL FINE DI GARANTIRNE L'EROGAZIONE IN TEMPI E MODI ADEGUATI AL CASO

DATA ___ / ___ / _____ /

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

_____

ATTESTAZIONE DI RICOVERO TRAMITE 118

Si attesta che il ricovero di _____

Codice STP _____ presso _____

in data _____é stato disposto dalla Centrale Operativa del Servizio in considerazione delle esigenze cliniche del paziente.

Dott._____

Timbro oppure nome e cognome in stampatello

_____

Firma