

AMBITO TERRITORIALE N 22

COMUNI DI SOMMA VESUVIANA, BRUSCIANO, CASTELLO DI CISTERNA,
MARIGLIANELLA, MARIGLIANO, SAN VITALIANO
PROVINCIA DI NAPOLI

REGOLAMENTO PER L'EROGAZIONE, L'ACCESSO E LA COMPARTECIPAZIONE AL COSTO DEI SERVIZI SOCIO - SANITARI INTEGRATI

INDICE

- PREMESSA	Pag. 1
Art. 1 - Principi	Pag. 4
Art. 2 - Ambito di applicazione	Pag. 4
Art. 3 - Soggetti attuatori dell'integrazione socio sanitaria	Pag. 5
Art. 4 - Funzioni e obiettivi dell'UVI	Pag. 5
Art. 5 - Composizione dell'UVI	Pag. 6
Art. 6 - Richiesta di accesso	Pag. 6
Art. 7 - Attivazione dell'UVI - tempi di convocazione e presa in carico	Pag. 7
Art. 8 - Progetto di Assistenza Individuale	Pag. 7
Art. 9 - Individuazione soggetto erogatore	Pag. 8
Art.10 - Responsabile della Presa in carico	Pag. 8
Art.11- Funzioni e obiettivi dell'Ufficio Socio Sanitario Distrettuale	Pag. 8
Art.12 - Notifica spesa prestazione sociosanitaria integrata	Pag. 9
Art.13 - Compartecipazione dell'utente alla spesa della prestazione socio sanitaria	Pag. 9
Art.14 - Procedure, responsabilità, tempi	Pag. 11
Art.15 - Utilizzo dei dati personali	Pag. 11
Art.16 - Segreto professionale e diritto alla riservatezza	Pag. 11
Art.17 - Norme	Pag. 11
Allegato A - Criteri Integrative	

L'Ambito Territoriale N 22 costituito dai comuni di Somma Vesuviana (Capofila), Brusciano, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano, San Vitaliano e l'ASL NA 3 Sud - Distretto Sanitario n. 48.

Premesso

che il DPCM 14.02.2001 definisce l'assistenza socio-sanitaria l'insieme delle prestazioni erogate a persone che presentano 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;

che il DPCM 14.02.2001 individua tre tipologie di prestazioni sociosanitarie integrate caratterizzate da una differenza di incidenza di fattori problematici di natura sociale e sanitaria.

Le prestazioni risultano suddivise in:

Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le cui attività sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, all'individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; *(tali prestazioni sono di competenza ASL)*;

Prestazioni sociali a rilevanza sanitarie e cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. *(Tali prestazioni sono di competenza dei comuni)*;

Prestazioni sociali sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, tali prestazioni, assicurate dai Distretti Sanitari locali sono comprese nei livelli di assistenza; sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria; riguardano: l'area del materno infantile; anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza da droga, alcol e farmaci, patologie per infezioni da HIV, patologie in fasi terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico - degenerative. *(Tali prestazioni sono di competenza ASL)*;

che il DPCM 29.11.2001 allegato 1C definisce i livelli essenziali di assistenza e le percentuali di riparto della spesa per le singole tipologie di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e per le prestazioni in cui le componenti 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);

che 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)** - Prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona;

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 socio riabilitative 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 socio riabilitative in regime residenziale per disabili gravi e 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 AIDS** - prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale;

che con il decreto commissariale n. 6 del 04/02/2010 sono state adottate, altresì, le "Linee di indirizzo in materia di compartecipazione sociosanitaria" (allegato C) che prevedono la possibilità, di fatto esercitata, di anticipare da parte delle AA.SS.LL. alle succitate strutture l'intero importo delle rette con carico di recupero dai Comuni e/o cittadini;

che con il decreto n. 77 del 11/11/2011 del commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario, sono stati emanati chiarimenti ed integrazioni relativi alla procedura per l'applicazione della compartecipazione alla spesa delle prestazioni sociosanitarie, di cui al decreto commissariale n. 6 del 04/02/2010;

che con il decreto n. 81 del 20/12/2011 il commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario, a seguito di un serio confronto con l'Assessorato alle Attività Sociali, ha integrato quanto disposto con il decreto commissariale n. 77 del 11/11/2011, anche al fine di garantire l'uniformità su tutto il territorio regionale dei livelli essenziali di assistenza e limitatamente alle tipologie delle prestazioni sociosanitarie compartecipate individuate dalla Giunta Regionale ai sensi dell'art. 37 c. 3 della legge regionale n. 11/2007 e, comunque, nel rispetto di quanto previsto dal DPCM 29.11.2001, subordinando l'esecutività dei punti 1. e 3. del decreto commissariale n. 77 dell' 11/11/2011 all'adozione, da parte della Giunta Regionale - entro 60 giorni dalla data di adozione dello stesso decreto - dei provvedimenti che individuano la ripartizione finanziaria della quota a carico di enti locali, e utenti, sulla scorta della ricognizione effettuata dai competenti Uffici regionali e in ragione dei relativi fondi disponibili. Lo stesso decreto commissariale n. 81 del 20/12/2011 dispone che la mancata adozione dei provvedimenti della Giunta Regionale di cui al punto precedente - nei termini ivi previsti - determina l'automatica ed immediata esecutività dei punti 1. e 3. del decreto commissariale n. 77 del 11/11/2011;

che ai sensi dell'art. 46 della legge regionale 27 gennaio 2012, n. 1 e nel rispetto dell'articolo 117, comma 2, lettera m), e dell'articolo 118, comma 4, della Costituzione Italiana, i progetti personalizzati definiti ai sensi dell'articolo 41, comma 3, lettera b) della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 devono essere programmati, gestiti e monitorati da personale dell'ASL e degli enti locali, attraverso modalità di cogestione della presa in carico, con soggetti del terzo settore, insieme agli utenti e loro familiari;

che ai sensi dell'art. 47 della legge regionale n. 1/2012 le prestazioni socio-sanitarie soggette alla compartecipazione di cui all'allegato 1C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29

novembre 2001, sono erogate previa approvazione di convenzione tra gli ambiti comunali, previsti dalla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e dalla legge regionale 11/2007 e le aziende sanitarie locali. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della stessa legge, stabilisce le modalità di erogazione delle prestazioni, la gestione dei rapporti giuridici in corso e lo schema tipo di convenzione, fatte salve le competenze del commissario ad acta per il piano di rientro del settore sanitario;

che ai sensi dell'art. 37 c. 3 della legge regionale n. 11/2007, con deliberazione n. 50 del 28/02/2012 la Giunta Regionale della Campania ha individuato le tipologie delle prestazioni sociosanitarie compartecipate e la ripartizione degli oneri finanziari tra enti locali, ASL e utenti, in quelle di cui all'allegato 1C al DPCM 29.11.01;

che per l'analisi multidimensionale, la definizione del progetto personalizzato di intervento e la relativa valutazione di efficacia, dei casi complessi è necessario costituire un'equipe multiprofessionale la cui composizione, obiettivi, compiti e modalità di funzionamento sono disciplinati dal presente regolamento concordato e condiviso tra i Comuni dell'Ambito NA 22 e il distretto Sanitario 48 dell'ASL NA 3 SUD.

APPROVANO

Il Regolamento per l'erogazione, l'accesso e la compartecipazione al costo delle prestazioni socio sanitarie integrate sul territorio dell'Ambito N 22.

Art. 1 Principi

Il presente disciplinare regola l'integrazione socio-sanitaria intesa come dotazione di strumenti normativi e strutturali adeguati, che esplicitino una condivisione di intenti, finalità e percorsi. Determina i criteri di erogazione degli interventi sociali e socio-sanitari dell'Ambito Territoriale N.22, tenuto conto delle norme costituzionali e di quelle impartite dalla Legge 8 Novembre 2000 n. 328, dalla L.R. 11/2007 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, e dal DGR 50/2012 che disciplina la compartecipazione alla spesa delle prestazioni socio-sanitarie.

Il sistema socio-assistenziale dell'Ambito si uniforma ai principi del pieno ed inviolabile rispetto della libertà dignità della persona e dell'inderogabile dovere di solidarietà sociale.

Art. 2 Ambito di applicazione

Il presente disciplinare, redatto in esecuzione a quanto previsto dalla DGR 50/2012, prevede la gestione del sistema integrato locale, con particolare riguardo ai criteri e alle modalità organizzative della erogazione dei servizi, dell'accesso prioritario, della compartecipazione degli utenti al costo dei servizi, coerentemente con quanto previsto dalla suddetta delibera, e ai sensi dell'art. 10 della legge regionale n. 11/2007 e delle norme del T.U.E.L, nonché tenendo conto dei criteri e delle linee guida regionali approvati con il decreto n. 6 del 04/02/2010.

L'Ambito territoriale N22 attraverso la concertazione con l'ASL Na 3 Sud si propone di determinare un livello di integrazione funzionale tra:

- le diverse aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria;
- l'azienda sanitaria locale e i Comuni, in particolare all'interno del Coordinamento istituzionale e dell'Ufficio di Piano;

- le attività socio sanitarie di competenza della ASL Na 3 Sud e quelle di competenza dell'Ambito Territoriale N22.

Con il presente strumento si intende regolamentare il processo di organizzazione degli interventi socio sanitari integrati, dalla richiesta di accesso dell'utente alla rendicontazione delle prestazioni, individuando ruoli e funzioni di ciascun componente il processo di integrazione.

Art. 3

Soggetti attuatori dell'integrazione socio sanitaria - Definizione

I soggetti attraverso i quali sono erogate le prestazioni socio sanitarie integrate sono l' Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) e l'Ufficio Socio Sanitario Distrettuale.

L'U.V.I è lo strumento operativo che garantisce l'integrazione dei servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e riabilitativi. In tal senso, rappresenta l'unica modalità di attivazione della rete dei servizi relativamente ad interventi sociosanitari integrati. Rappresenta inoltre lo strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare di situazioni di bisogno socio-sanitario complesso, per la predisposizione e la proposta all'utente del progetto personale assistenziale e del relativo piano terapeutico;

L'Ufficio Socio Sanitario Distrettuale è presente in ogni Distretto Sanitario ed ha compiti specifici relativi all'integrazione socio-sanitaria, collocato in funzione di staff per i Direttori dei Distretti e in raccordo funzionale con i Servizi Sociali territoriali, dei quali rappresenta la proiezione al livello locale e con i quali sarà in costante rapporto di feed-back per tutti gli aspetti relativi alle attività socio sanitarie integrate.

Art. 4

Funzioni e obiettivi dell'Unità di Valutazione Integrata

L' U.V.I. ha come finalità:

1. la valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni assistenziali complessi;
2. la predisposizione di un progetto personalizzato e di piani di intervento individuali;
3. l'attivazione di idonee, adeguate e appropriate azioni in risposta all'analisi dei bisogni complessi rilevati;
4. la condivisione del progetto personalizzato con l'utente e/o con il rispettivo nucleo familiare che ne riscontri il gradimento e ne rispetti la libertà di scelta;
5. la valutazione periodica del progetto personalizzato l'evoluzione del percorso individuale attivato;

Gli obiettivi specifici hanno i seguenti indirizzi:

- favorire il più a lungo possibile una idonea permanenza della persona in stato di bisogno sociosanitario presso la propria famiglia e il proprio domicilio;
- perseguire il rientro nell'ambiente di provenienza dopo la permanenza in strutture residenziali riabilitative favorendo la deistituzionalizzazione dei casi laddove possibile;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità della vita nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari;
- promuovere azioni atte a valorizzare al meglio le risorse territoriali, attuando idonee forme di coinvolgimento e di partecipazione;
- ottimizzare la spesa socio-sanitaria;

Art. 5
Composizione dell'Unità di Valutazione Integrata

L'UVI sarà costituita a secondo del bisogno dell'utente da figure professionali delle aree di intervento.

L'U.V.I. è coordinata dal Direttore Distrettuale e sarà costituita da:

- Direttore del Distretto (o suo delegato)
- Responsabile U.O. Competente
- Medico di Medicina Generale
- Specialista (ove necessario)
- Assistente Sociale/Resp. Servizi sociali o suo delegato
- Familiare care giver
- Altre figure richieste
 - o Referente servizio erogato (Es. Centro Semiresidenziale)
 - o Etc...

Art. 6
Modalità e requisiti di accesso

La richiesta di accesso alle prestazioni socio - sanitarie integrate può essere avviata da:

- Utente o suo delegato;
- Rete formale (MMG, UU.OO; Segretariato sociale e Servizio Sociale dei Comuni);
- Rete informale (Famiglia, vicinato, volontariato).

In ogni caso la proposta di attivazione dell'UVI può essere presentata esclusivamente dal MMG dell'utente o dall'assistente sociale territorialmente competente, anche a seguito di segnalazione proveniente da soggetti appartenenti alla rete formale o informale di cui sopra.

La richiesta di cui sopra deve essere presentata utilizzando apposito modulo, presso gli sportelli operativi della P.U.A. (Porta unitaria di accesso) di seguito elencati:

- Gli sportelli di Segretariato Sociale;
- Gli uffici dei Servizi Sociali territorialmente competenti;
- Le Unità Operative territorialmente competenti dell' ASL Na 3 Sud.

La richiesta di accesso deve essere presentata su apposita modulistica progettata in modo condiviso tra i soggetti sottoscrittori del presente disciplinare.

Gli sportelli di accoglienza delle istanze provvederanno alla trasmissione della richiesta di accesso al direttore del distretto sanitario, il quale provvede ad attivare, in relazione al bisogno rilevato, l'UVI competente.

La valutazione multidimensionale dei bisogni dell'utente si avvale di strumenti idonei e standardizzati (Scheda SVAMA) specifici e - quando è possibile - scientificamente validi per consentire la definizione qualitativa e quantitativa:

- dei bisogni reali e prioritari, in relazione allo stato di salute, all'autonomia e alla capacità di supporto del nucleo familiare, ivi compresa la qualità delle condizioni abitative;

- degli obiettivi che si possono raggiungere,
- degli interventi da adottare;
- delle risorse da attivare;
- dell'appropriatezza del regime prestazionale da utilizzare.

Art. 7

Attivazione dell'UVI - tempi di convocazione e presa in carico

Gli sportelli di accoglienza delle istanze, di cui all'art. 6, provvederanno alla trasmissione della richiesta di accesso al Direttore del distretto competente in relazione alla residenza del utente, il quale provvede alla convocazione e all'attivazione dell'UVI.

Di concerto con il Medico curante il Direttore di distretto si può avvalere di una convocazione differenziata, a seconda dei casi:

- **Urgente**, che prevede la predisposizione degli atti e la riunione della commissione di valutazione entro 3 gg. lavorativi. Obiettivo di questa procedura è la presa in carico immediata.
- **Programmabile**, che prevede la predisposizione degli atti e la riunione della commissione di valutazione entro 15 gg. lavorativi. Obiettivo di questa procedura è la presa in carico entro 45 gg. dalla richiesta.

La convocazione dei componenti dell'UVI avviene attraverso P.E.C. o altro mezzo equivalente.

Art. 8

Progetto di Assistenza Individuale (P.A.I)

L'UVI redige il progetto personalizzato (P.A.I) tenendo conto delle caratteristiche socio sanitarie del bisogno rilevato, delle aspettative e priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue eventuali disabilità e soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari e deve definire in maniera analitica:

- gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere, sia riguardo al paziente che ai suoi familiari;
- il regime della prestazione (ambulatoriale domiciliare, semiresidenziale, residenziale) e il suo livello di intensità e durata;
- le azioni, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali impegnate;
- la quantità, 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 disponibilità e la quantità di presidi e materiali vari;
- la individuazione (competenze e funzioni) delle figure di riferimento: referente familiare e responsabile della presa in carico;
- la durata complessiva del progetto;
- strumenti (riunioni di verifica, schede, registri, diario clinico, indicatori di processo e di risultato, report, ecc), scadenze e metodi della verifica del progetto personalizzato, in itinere ed ex-post, con particolare attenzione alle modalità per garantire la verifica delle prestazioni effettuate da altri enti erogatori, evitando il rischio di un affidamento totale al prescrittore pubblico o all'erogatore accreditato, attraverso periodici momenti di incontro, verifica da parte dell'UVI.

Il progetto socio-sanitario personalizzato è comunicato in modo comprensibile ed appropriato al paziente e ai suoi familiari e da essi approvato e sottoscritto. Tutte le proposte di modifica dello stesso vanno ratificate dall'UVI e nuovamente comunicato al paziente.

Copia del progetto socio-sanitario personalizzato è conservata presso l'Ufficio socio-sanitario distrettuale in un fascicolo personale, nel quale è conservata tutta la documentazione relativa all'assistito (proposta di accesso, certificazioni, schede di valutazione, revisioni del progetto, etc.) **ed a cui possono accedere i componenti dell'ufficio stesso per gli adempimenti socio - sanitari, amministrativi e contabili necessari.**

Art. 9

Individuazione soggetto erogatore

La scelta della struttura deputata all'erogazione delle prestazioni sociosanitarie integrate, previste dal piano di interventi individuale approvato dall'U.V.I., sarà effettuata liberamente dall'interessato o dai familiari dello stesso tra le strutture accreditate ai sensi della normativa vigente, nel rispetto di quanto stabilito dall' art. 2 della L.R. 11/84 s.m.i., premesso che i centri convenzionati sono tenuti ad applicare le tariffe stabilite dalla vigente normativa di settore.

Art. 10

Il Responsabile della presa in carico

L'Unità di valutazione integrata individua, nell'ambito dell'ufficio socio sanitario distrettuale, il responsabile del processo di presa in carico che seguirà la realizzazione del progetto personalizzato, di cui è garante, e che assume la responsabilità dell'attuazione degli interventi in esso previsti.

Il responsabile rappresenta anche il principale riferimento organizzativo per l'assistito, la sua famiglia e i soggetti istituzionali deputati alla verifica delle prestazioni. Può essere una figura sanitaria o sociale, individuata - in base ai bisogni prevalenti del soggetto - all'interno dell'equipe multiprofessionale che tratta il caso (MMG/PLS, Ass. Sociale ambito, ecc.). Il responsabile del caso viene individuato dall'Unità operativa nella prima riunione di valutazione, partecipa costantemente alle sedute dell'UVI ed è alla stessa UVI che si rapporta per il suo operato, anche attraverso la redazione di un report conclusivo dei risultati raggiunti.

Art. 11

Ufficio Socio Sanitario Distrettuale - Composizione, Funzioni e Obiettivi

Al fine di favorire la condivisione delle informazioni afferenti ai processi di erogazione delle prestazioni è istituito presso ciascun distretto l'Ufficio Socio Sanitario Distrettuale, composto da componenti individuati dall'Ambito Territoriale e dal Distretto sanitario, che va ad integrare il preesistente Ufficio socio sanitario dell'AA.SS.LL.

L'Ufficio Socio Sanitario Distrettuale deve svolgere, a supporto dell'Ambito Territoriale, funzioni di:

- a. programmazione territoriale integrata;
- b. analisi dei bisogni e delle risorse, monitoraggio, verifica e valutazione dei programmi e delle attività sociosanitarie integrate;
- c. coordinamento di tutte le attività della Porta Unitaria di accesso alle prestazioni sociosanitarie previste dai LEA;
- d. gestione e coordinamento di una banca dati riferita all'utenza, ai servizi e alle strutture domiciliari, residenziali e semiresidenziali;
- e. coordinamento e raccordo, in particolare tra i servizi sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria del distretto e tra questi e i servizi sociali territoriali.

L'Ufficio si occuperà nello specifico di realizzare le attività di seguito elencate:

- Verifica del rispetto delle convenzioni con le Strutture;
- Acquisizione e gestione dati delle relazioni bimestrali sulle prestazioni erogate all'utente, e verifica mensile registri presenze utente presso la struttura;
- Ispezione, controlli e verifiche presso le strutture;

L'ufficio ha il compito di costruire il "*fascicolo utente*" per ciascuno degli utenti beneficiari di prestazioni socio-sanitarie integrate con il compito di monitorare e custodire la seguente documentazione:

- Scheda SVAMA completa;
- Verbale U.V.I.;
- Piano di assistenza individuale con allegata - Scheda sintetica di valutazione.

Inoltre l'ufficio è l'unità di riferimento per il monitoraggio economico delle prestazioni integrate erogate e si occupa di:

- Verifica delle presenze degli utenti presso le strutture/servizi;
- Verifica e riscontro dei documenti contabili a supporto delle fatture;
- Emissione visto di conformità per la liquidazione delle fatture traesse dai servizi ai comuni.

Art. 12

Notifica spesa prestazione sociosanitaria integrata

La scheda sintetica di valutazione, allegata al P.A.I., riporterà il costo della prestazione sociosanitaria da erogare e l'indicazione del corrispondente LEA di riferimento individuato ai sensi del D.P.C.M. 29/11/01 allegato 1C con la conseguente indicazione delle quote di compartecipazione. La scheda debitamente firmata dall'U.V.I. sarà trasmessa all'ufficio socio- sanitario distrettuale che ha il compito di notificare al Distretto sanitario e all'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale, per la parte di rispettiva competenza, l'impegno di spesa a carico dei rispettivi bilanci, come stabilito dalla D.G.R. 50/2012.

Art. 13

Compartecipazione alla spesa della prestazione socio sanitaria da parte dell'utente

La quota di compartecipazione dell'utente alla spesa sociale per prestazioni sociosanitarie integrate è individuata secondo le modalità previste dal decreto n. 6/2010 emesso dal Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro del settore sanitario della Regione Campania, con cui sono individuate le modalità per la compartecipazione ai servizi sociosanitari aventi natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

Al fine di valutare la situazione reddituale del richiedente prestazioni socio sanitarie integrate di cui al presente regolamento si assume come riferimento il valore ISE ed ISEE individuati nelle modalità previste dalla vigente normativa in materia alla data di richiesta di accesso alla prestazione.

a) Compartecipazione alla spesa socio sanitaria per prestazioni domiciliari, diurne e semiresidenziali.

Per la determinazione della compartecipazione al costo dei servizi sociosanitari di tipo domiciliare e semiresidenziale si procede individuando:

- a) la soglia ISEE al di sotto della quale il soggetto richiedente la prestazione è esentato da ogni onera di compartecipazione al costo del servizio corrispondente al 160% dell'ammontare del trattamento minimo annuale della pensione INPS;
- b) la soglia ISEE al di sopra della quale il soggetto richiedente la prestazione è tenuto a corrispondere per intero il costo unitario del servizio previsto dall'ente è fissata in 4,35 volte l'ammontare del trattamento minimo annuale della pensione INPS;
- c) Per qualsiasi valore I.S.E.E. compreso tra le soglie di cui ai precedenti punti a) e b) il soggetto richiedente la prestazione sarà tenuto a corrispondere una quota di compartecipazione al costo del servizio strettamente correlata alla propria situazione economica e scaturente dalla seguente formula:

$$\text{Comp}_{ij} = \text{I.S.E.E.}_i * \text{CS}_0 / \text{I.S.E.E.}_0$$

dove:

Comp_{ij} rappresenta la quota di compartecipazione del soggetto "i" relativa alla prestazione sociale "j";

I.S.E.E._i rappresenta l'indicatore della situazione economica equivalente del richiedente;

CS₀ rappresenta il costo unitario della prestazione sociale agevolata;

I.S.E.E.₀ rappresenta la soglia massima dell'indicatore situazione economica equivalente oltre la quale è previsto il pagamento a totale carico dell'utente della prestazione sociale agevolata.

b) Compartecipazione alla spesa socio sanitaria per prestazioni residenziali

Per la determinazione della quota di compartecipazione al costo dei servizi residenziali, per i soggetti richiedenti non titolari d'indennità di accompagnamento, si applicano i criteri previsti al punto a) dell'art. 13.

Per i soggetti titolari della indennità di accompagnamento, si procede come segue:

a) Nell'ipotesi in cui il soggetto richiedente sia titolare di indennità di accompagnamento, legge 11 febbraio 1980, n. 18, e risulti titolare di un reddito individuale (o I.S.E.E. laddove più vantaggiosa) inferiore alla soglia di esenzione così come definita all'art. 13 del presente regolamento, la quota di compartecipazione per l'accesso ai servizi residenziali sociosanitari è al limite pari al 75% della indennità stessa;

b) Nell'ipotesi in cui il soggetto richiedente sia titolare dell'indennità di accompagnamento, legge 11 febbraio 1980, n. 18, e risulti titolare di un reddito individuale (o I.S.E.E. laddove più vantaggioso) superiore alla soglia di esenzione e inferiore alla soglia massima di cui all'art. 7, l'indennità di accompagnamento va sommata al reddito così come definito per il calcolo della quota di compartecipazione.

Posta come IA l'indennità su base annua la formula di riferimento sarà pari a:

$$\text{Comp}_{ij} = [\text{I.S.E.E.}_i + \text{IA}] * \text{CS}_0 / \text{I.S.E.E.}_0$$

dove:

Comp_{ij} rappresenta la quota di compartecipazione agevolata del soggetto i relativa alla prestazione sociale j;

I.S.E.E._i rappresenta l'indicatore della situazione economica equivalente del richiedente;

CS₀ rappresenta il costo unitario della prestazione sociale agevolata;

I.S.E.E.₀ rappresenta la soglia massima dell'indicatore situazione economica equivalente oltre la quale è previsto il pagamento della prestazione sociale agevolata.

Art. 14
Procedure, responsabilità, tempi

Gli operatori individuati dai singoli Enti come componenti dell'UVI e dell'Ufficio Socio Sanitario Distrettuale dovranno ricevere dagli enti di appartenenza una delega ufficiale nella quale sono chiaramente esplicitati gli ambiti di autonomia tecnico professionale e economico/finanziario assegnati.

Art 15
Utilizzo dei dati personali

Qualunque informazione relativa alla persona di cui il Servizio venga a conoscenza in ragione dell'applicazione del seguente Disciplinare è trattata per lo svolgimento delle funzioni di assistenza che competono al servizio stesso.

Pertanto, i componenti dell'UVI e dell'Ufficio Socio Sanitario Distrettuale si impegnano a non rendere noti i dati sensibili contenuti nella scheda di valutazione.

E' altresì ammessa la comunicazione dei dati personali alle altre pubbliche amministrazioni o a privati quando ciò sia indispensabile per assicurare la richiesta di prestazione sociosanitaria, previo consenso espresso dall'interessato.

Ai fruitori del servizio verrà resa l'informativa di cui all'art. 10 L. 675/96 (legge Privacy) e sue modifiche ed integrazioni.

Art. 16
Segreto professionale e diritto alla riservatezza

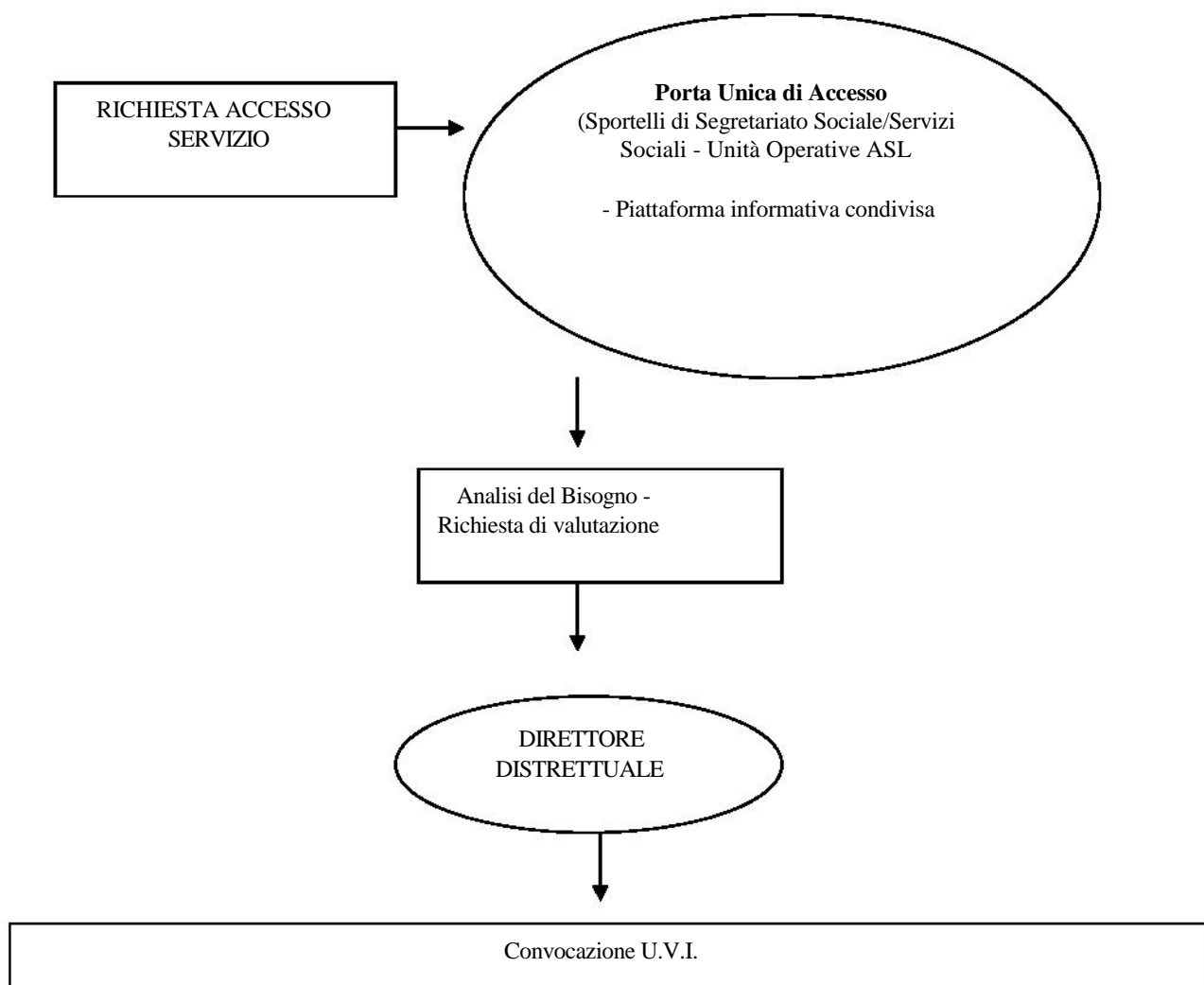
Su tutti gli interventi è garantito il segreto professionale e quello d'ufficio. I componenti dell'UVI e dell'Ufficio Socio Sanitario Distrettuale si impegnano a non rendere noti i dati sensibili contenuti nella scheda di valutazione. Le violazioni saranno perseguite secondo la vigente normativa penale.

L'accesso agli schedari ed alle schede individuali è permesso al referente socio-sanitario, all'Assistente Sociale di riferimento, al responsabile dell'Unità operativa competente, al Direttore del Distretto, alla Magistratura nei casi previsti per legge, nonché al diretto interessato previa sua richiesta scritta al Direttore del distretto Sanitario, secondo quanto previsto dal D.lgs. 196/03 e sue modifiche ed integrazioni.

Art. 17
Norme integrative

Tutte le disposizioni integrative e correttive emanate sia dallo Stato che dalla Regione troveranno immediata applicazione ai fini dell'accesso alle prestazioni sociosanitarie, indipendentemente dalla modifica formale del presente regolamento.

DIAGRAMMA DI FLUSSO SULLA GESTIONE DEL PROCESSO SOCIO SANITARIO INTEGRATO



TEMPI DI CONVOCAZIONE e PRESA IN CARICO

CONVOCAZIONE DIFFERENZIATA

(su valutazione del Medico Curante)

URGENTE

- Predisposizione atti e riunione della commissione di valutazione entro 3 gg. lavorativi

- Obiettivo: Presa in carico immediata

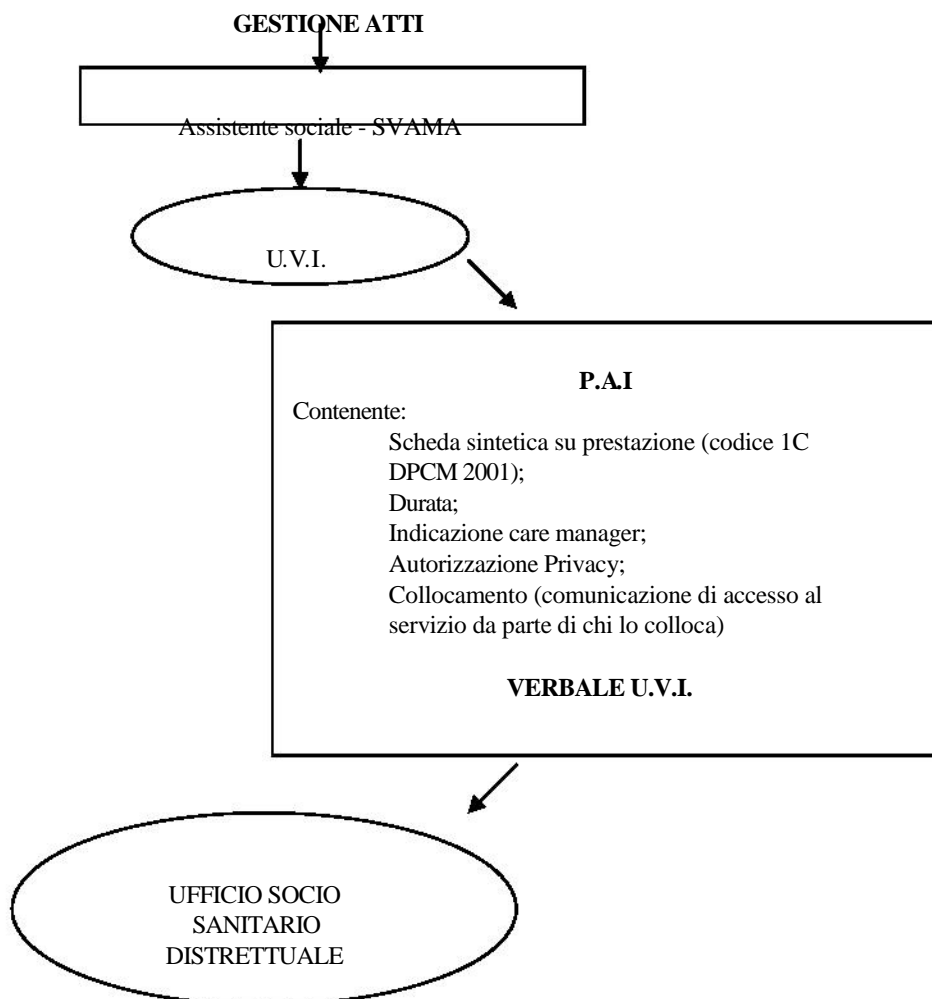
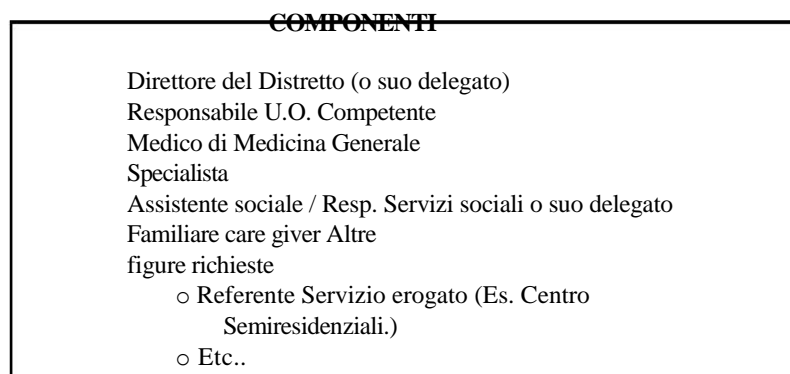
PROGRAMMABILE

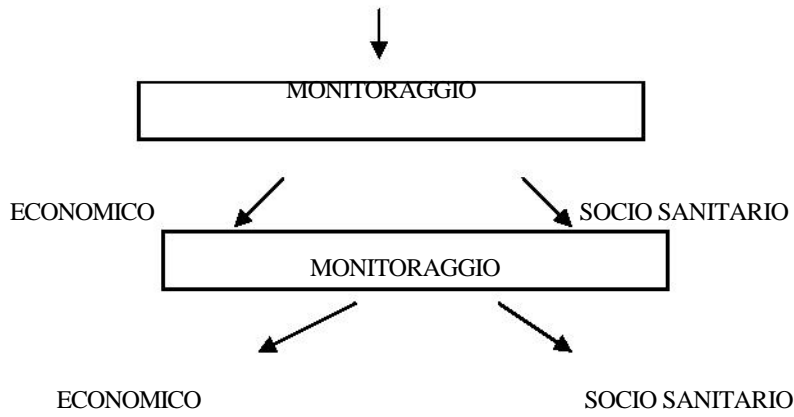
- Predisposizione atti e riunione della commissione di valutazione entro 15 gg. lavorativi

- Obiettivo: presa in carico utente entro 45

MODALITA' DI CONVOCAZIONE

[P.E.C. - Creazione di una Piattaforma condivisa per la reciprocità di info]





- Trasmissione presenze;
- Trasmissione fatture;
- Liquidazione su liberatoria

- Acquisisce:
- Relazione dal centro sulla prestazione erogata;
 - Registro presenze/assenze
- Effettua:
- Controlli per attestazione di coerenza tra PAI e prestazioni effettuate (con responsabile U.O.)relazioni dal centro;
 - Relazioni trimestrali sulle prestazioni erogate dal centro

Allegato n. 1

Criteria di accesso ai servizi di Assistenza Domiciliare Socio Assistenziale e Socio Sanitaria

Per la redazione della graduatoria di accesso alle prestazioni domiciliari, si procede alla redazione di una graduatoria, stilata assegnando ad ogni richiedente avente diritto, un punteggio relativo ai parametri sopra citati, in ordine di priorità attraverso la somma di due parametri come di seguito indicato:

- ❖ "valutazione reddito per fasce "
- ❖ "parametri ulteriori d'accesso"

VALUTAZIONE DEL REDDITO

Definizione del Minimo vitale e Indicatore Economico

Il Minimo Vitale, considerato da questo regolamento, equivale ad un valore dell' I.S.E. "tipo", pari all' importo del "trattamento pensionistico minimo annuo riservato ai lavoratori dipendenti o autonomi", determinato annualmente dall' I.N.P.S. e riferito ad un nucleo familiare composto da una sola persona.

Tale importo è riparametrato in base alla scala di equivalenza, prevista dalla normativa vigente, determinando l'I.S.E.E. relativo al nucleo familiare cui si fa riferimento.

Al fine di agevolare le fasce meno abbienti della popolazione il parametro di riferimento I.S.E. minimo è incrementato di una percentuale pari al 20%.

Per l'attribuzione del punteggio al reddito si terrà conto della seguente griglia dove l'indicatore economico (I.E.) è così determinato:

$$I.E. = \text{Minimo vitale} \times 1,20$$

Numerosità nucleo familiare	Fascia 1	Fascia 2	Fascia 3
	1	I.E.	1,15 I.E.
2	P2 = 1,57 * I.E.	P2*1,15	P2*1,30
3	P3 = 2,04 * I.E.	P3*1,15	P3*1,30
4	P4 = 2,46 * I.E.	P4*1,15	P4*1,30
5	P5 = 2,85 * I.E..	P5*1,15	P5*1,30
6	Oltre P5	Oltre P5 * 1,15	Oltre P5 * 1,30
Fascia 4	Fascia 5	Fascia 6	Fascia 7
1,45* I.E.	1,60 * I.E.	1,75 * I.E.	1,90 * I.E.
P2*1,45	P2*1,60	P2*1,75	P2*1,90
P3*1,45	P3*1,60	P3*1,75	P3*1,90
P4*1,45	P4*1,60	P4*1,75	P4*1,90
P5*1,45	P5*1,60	P5*1,75	P5*1,90

Oltre P5 * 1,45	Oltre P5 * 1,60	Oltre P5 * 1,75	Oltre P5 * 1,90
Fascia 8	Fascia 9	Fascia 10	Fascia 11
2,10* I.E.	2,40 * I.E.	2,70 * I.E.	3 * I.E.
P2*2,10	P2*2,40	P2*2,70	P2*3
P3*2,10	P3*2,40	P3*2,70	P3*3
P4*2,10	P4*2,40	P4*2,70	P4*3
P5*2,10	P5*2,40	P5*2,70	P5*3
Oltre P5 * 2,10	Oltre P5 * 2,40	Oltre P5 * 2,70	Oltre P5 * 3

❖ Punteggi per fasce

- Fascia 1 = Punti 30
- Fascia 2 = Punti 27
- Fascia 3 = Punti 24
- Fascia 4 = Punti 21
- Fascia 5 = Punti 18
- Fascia 6 = Punti 15
- Fascia 7 = Punti 12
- Fascia 8 = Punti 9
- Fascia 9 = Punti 6
- Fascia 10 = Punti 3
- Fascia 11 = Punti 1

ULTERIORI PARAMETRI

Al fine di consentire la predisposizione della graduatoria di accesso ai servizi all'interno di ciascuna fascia di appartenenza si rendono applicabili i seguenti ulteriori criteri di accesso per il servizio di assistenza domiciliare per persone ultra sessantacinquenni e per persone di età compresa tra 0 e 65 anni.

Parametri per soggetti ultra sessantacinquenni:

- Anziani Soli (nucleo familiare composto da un'unica persona) senza familiari residenti sul territorio comunale di riferimento punti 20
- Anziani soli (nucleo familiare composto da un'unica persona) con familiari residenti sul territorio comunale di riferimento punti 15
- Anziani con nucleo familiare composto da due persone Ultra sessantacinquenni senza familiari residenti sul territorio comunale punti 10
- Anziani con nucleo familiare composto da due persone ultra sessantacinquenni con familiari residenti sul territorio comunale di riferimento punti 5

Parametri per soggetti di età compresa tra 0 e 65 anni:

- Persone con disabilità senza familiari (nucleo familiare composto da un'unica persona senza familiari residenti sul territorio comunale di riferimento) punti 30
- Persone con disabilità con familiari residenti sul territorio comunale di residenza del disabile (nucleo familiare composto da un'unica persona con familiari residenti sul territorio comunale di riferimento)

- | | |
|---|----------|
| - Persone con disabilità con un solo genitore ultra sessantacinquenne | punti 25 |
| - Persone con disabilità con un solo genitore | punti 20 |
| - Persone con disabilità con due genitori ultra sessantacinquenni | punti 15 |
| | punti 10 |

Un ulteriore punteggio da 0 a 15 può essere attribuito a discrezione dell'assistente sociale competente per territorio a seguito di apposita relazione socio-ambientale per particolari situazioni non considerate nei parametri sopra indicati.

Inoltre, l'erogazione del servizio a persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento sarà consentita solo ad esaurimento della graduatoria dei soggetti non beneficiari della suddetta indennità.

La graduatoria sarà redatta in modo decrescente con priorità di accesso per i richiedenti con punteggio più alto.

A parità di punteggio avrà accesso l'istanza di accesso con I.E. inferiore, a parità di I.E. e di punteggio avrà priorità l'istanza presentata per prima in ordine cronologico secondo il protocollo assunto dall'ente.

