COMUNE DI PRAIANO
Antica Plagianum

PIANO SOCIALE DI ZONA
AMBITO S2
****

REGOLAMENTO PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE E PER LA GESTIONE DELLE UNITA' DI VALUTAZIONE INTEGRATE

****

Comune Capofila
Cava de' Tirreni

Comuni
Amalfi, Atrani, Cava de' Tirreni, Cetara, Conca dei Marini, Furore, Maiori, Minori, Positano, Praiano,Ravello, Scala, Tramonti, Vietri sul Mare

Altri Enti
ASL SALERNO

Adottato dal Coordinamento Istituzionale nella seduta del 24 ottobre 2013 verbale n. 10

Art. 1
OGGETTO DEL REGOLAMENTO

Il presente Regolamento :

1. disciplina l'accesso ai servizi socio – sanitari integrati di tipo residenziale, semiresidenziale,domiciliare;
2. regola la composizione, l'attribuzione dei ruoli e le modalità di funzionamento delle Unità di Valutazione Integrate;
3. disciplina la compartecipazione finanziaria dei comuni,dell'ASL,dei cittadini.

ART. 2
L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

L'orientamento regionale e nazionale nel definire i percorsi di riqualificazione delle prestazioni erogate in regime di integrazione sociosanitaria è di favorire la domiciliarità e la semiresidenzialità in un'ottica di valorizzazione e sostegno delle risorse familiari e della rete di relazioni sociali attivabili sul territorio.
In tale logica le priorità specifiche del Distretto Sanitario e dell'Ambito Territoriale sono rappresentate:

a) dalla priorità assistenziale della presa in carico globale, di cittadini in situazione di "non autosufficienza" (anziani e disabili) specificando numero e tipologia di bisogno nonché tipologia di offerta di servizi,
b) dalla riqualificazione del sistema di offerta dei servizi anche attraverso la riconversione di struttura dal sistema sanitario al sistema sociosanitario nell'ottica dell'appropriatezza e del contenimento della spesa;
c) dal potenziamento dell'unità di valutazione integrata;
d) dalla individuazione dei centri di responsabilità e di costo a livello distrettuale ;
e) dalla implementazione di sistemi integrati di verifiche e monitoraggio delle prestazioni.

Inoltre,accanto al consolidamento degli strumenti di integrazione gestionale e professionale,**si deve affermare** come processo culturale oltre che professionale **il concetto di progetto individualizzato**,definito dal Ministero della Salute come Piano assistenziale individualizzato (PAI),quale strumento per la realizzazione di un percorso condiviso ed unitario socio assistenziale.
In questo contesto i Distretti Sanitari e i PDZ dei Servizi Sociali sono impegnati ad operare su tre nodi problematici:

1. accesso unitario alle prestazioni;
2. valutazione multidimensionale;
3. progetto personalizzato- definizione della responsabilità del caso (case manager).

Nell'ambito di tale processo le problematiche dell'accesso ai servizi sociosanitari, della valutazione del bisogno, della presa in carico e dell'erogazione delle prestazioni richiedono l'adozione di percorsi unitari di accesso,non solo per garantire l'appropriatezza ma anche l'equità di distribuzione delle risposte sull'intero territorio

ART. 3
LE PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE COMPARTECIPATE

Il D.Lgs 229/99 e il DPCM 14.02.2001 definiscono prestazioni socio-sanitarie "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".
Esse comprendono :
- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale: sono tutte le attività, finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione rimozione e contenimento degli esiti degenerativi e invalidanti di patologie congenite e acquisite (DLgs 229/99, art. 3 septies, comma 2, lettera a). Esse sono di competenza delle AA.SS.LL. e a carico delle stesse, inserite in progetti personalizzati di durata medio-lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali (art. 3 DPCM 14.02.2001);
- **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria** : sono 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 attività, di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati di durata non limitata,

sono erogati nelle fasi estensive e di lungoassistenza e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi (DPCM 14.02.2001, art. 3, comma 2).

- prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria : rientrano nei livelli essenziali di assistenza e sono poste a carico del fondo sanitario nazionale. Esse sono caratterizzate "dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza" .(DPCM 14.02.2001, art 3, comma 3.) e possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

- Attengono prevalentemente alle aree:
    - materno infantile
    - anziani
    - handicap
    - patologie psichiatriche
    - dipendenza da droga, alcool e farmaci
    - patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale
    - inabilità o disabilità, conseguenti da patologie croniche degenerative.

Sono considerate prestazioni sociosanitarie quelle 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 ASL e dei Comuni (DPCM 14.02.01 e allegato 1C del DPCM 29.11.01).
Si articolano in:

- prestazioni domiciliari
- prestazioni semiresidenziali
- prestazioni residenziali.

L'allegato 1.C 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 a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali*** –Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi;
- ***attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani*** – Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi gli interventi di sollievo;

Assistenza residenziale:

- ***attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie*** - prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale;
- ***attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali*** – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi;
- ***attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali*** - prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi del sostegno familiare;
- ***attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani*** – prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo;
- ***attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone affette da AIDS*** cura, riabilitazione e trattamenti farmacologici nelle fase di lungoassistenza in regime residenziale a favore di persone affette da AIDS.

ART. 4
IL DISTRETTO SANITARIO DI BASE –

Il Distretto Sanitario di Base è la sede dove si realizza l'integrazione tra le competenze dell'Azienda Sanitaria Locale e quelle del Comune e si caratterizza come un'area all'interno della quale si incontrano la domanda sociale, cioè i bisogni, e le modalità obbligate di intervento. L'integrazione socio-sanitaria si realizza tenendo conto di:

a) natura dei bisogni;

b) fonte di erogazione delle prestazioni;
c) rilevanza delle componenti sanitarie;
d) criteri di finanziamento;
e) competenze dell'Azienda sanitaria e del Comune, secondo appositi atti di indirizzo legislativi;
f) criteri per la individuazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e di quelle sociali a rilevanza sanitaria.

ART. 5
SOGGETTI E RUOLI

Il sistema RSA/ADI/CDI, finalizzato alla presa in carico di bisogni complessi sanitari e sociali, presuppone un elevato livello di coordinamento e di integrazione tra i diversi attori del sistema, che consenta di considerare l'unicità della persona in tutte le sue dimensioni, superando l'approccio settoriale e specialistico ed integrando competenze e servizi diversi.

Area sanitaria

- Unità Operative Distrettuali
- Medici di Medicina Generale/ Pediatri di Libera Scelta
- Servizi di medicina specialistica
- Altri servizi Sanitari territoriali e ospedalieri

Area sociale

- Servizi Sociali Professionali dell'Ambito Territoriale
- Segretariato Sociale dell'Ambito Territoriale
- Altri servizi sociali dell'Ambito Territoriale
- Enti gestori dei servizi sociali
- Rete familiare e parentale
- Volontariato.

ART.6
DEFINIZIONI

RSA ANZIANI

Ai sensi dell'Art. 5 della L.R. n.8/2003 la RSA è una struttura a valenza socio-sanitaria e di tipo extra ospedaliero per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti e non assistibili a domicilio attraverso l'assistenza domiciliare integrata o nei servizi semiresidenziali -centri diurni.

Ai sensi della DGRC N. 2006/2004 l' assistenza sociosanitaria integrata residenziale è erogata nelle RSA e persegue le seguenti finalità:

a) Sostenere ed assistere la persona con ridotta autonomia, che non possa e abbia scelto di non continuare a vivere nel proprio domicilio, con prestazioni sociosanitarie integrate svolte in regime residenziale in idonee strutture.
b) Garantire modalità di intervento ed attività di animazione e socializzazione mirate al reinserimento, al recupero dell'autonomia, alla salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell'utente, in coordinamento e in collegamento con gli altri servizi della rete ivi compresa la rete familiare,parentale ed affettiva della persona.
c) Sviluppare una modalità d'intervento per progetti incentrata sul lavoro d'équipe al fine di realizzare l'effettiva integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie;
d) Sostenere la famiglia e coinvolgerla in una collaborazione solidale e partecipata ai piani di assistenza,recupero e risocializzazione.
e) Fornire sollievo temporaneo ai familiari degli utenti dei servizi domiciliari integrati.

RSA DISABILI

Ai sensi dell'Art.19 della L.R. n.8/2003 "le RR.SS.AA. per disabili sono strutture extraospedaliere socio - sanitarie appartenenti alle reti integrate dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, territoriali, destinate a garantire la continuità dell'assistenza nel regime residenziale tra ospedale, territorio e domicilio, attraverso servizi alla persona di tipo sanitario, riabilitativo e sociale.

Ai sensi della DGRC N. 2006/2004 l'assistenza integrata residenziale eroga prestazioni socio sanitarie per disabili **gravi** al fine di sostenere ed assistere la persona con ridotta autonomia, con prestazioni consistenti in:

a) Assistenza riabilitativa volta al mantenimento delle abilità presenti e alla prevenzione terziaria;

b) Attività di riabilitazione anche differenziata, per il mantenimento ed il consolidamento delle abilità acquisite e per contrastare le riacutizzazioni e regressioni;
c) Modalità di intervento mirate al recupero, al reinserimento, all'autonomia, alla salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell' utente, in coordinamento e in collegamento con gli altri servizi della rete e con il nucleo familiare, parentale ed affettivo della persona.
d) Coinvolgimento della famiglia nella definizione e attuazione dei piani di assistenza, recupero e risocializzazione.
e) Fornire sollievo temporaneo ai familiari, per motivate esigenze.

CENTRI DIURNI PER ANZIANI AFFETTI DA DEMENZA E PER CITTADINI DISABILI

Ai sensi della DGRC N. 2006/2004 il Centro Diurno garantisce prestazioni assistenziali, un adeguato livello di vita di relazione e, unitamente ai servizi domiciliari, la permanenza dell'utente al proprio domicilio privato il più a lungo possibile, offrendo altresì sostegno e supporto alla famiglia.

L' assistenza integrata semiresidenziale erogata dal Centro diurno persegue le seguenti finalità:

a) Ospitare persone con ridotta autonomia e soggetti affetti da demenza che necessitano di prestazioni sanitarie specialistiche e di interventi tesi a mantenere e/o a stimolare le autonomie residue dell'individuo con prestazioni sociosanitarie integrate svolte in regime diurno.
b) Garantire il mantenimento di adeguati livelli di vita di relazione e la continuità dei rapporti familiari attraverso: interventi e attività di socializzazione, interventi tesi al mantenimento dell'autonomia residua e alla tutela dello stato di salute, interventi riabilitativi e occupazionali, il rientro serale a domicilio.
c) Ricorrere ai servizi residenziali in via subordinata ed esperendo modalità che circoscrivono di norma ad un periodo programmato la prestazione, sulla base di un definito piano di intervento.

GRUPPO APPARTAMENTO PER PERSONE ADULTE CON DISAGIO PSICHICO

Ai sensi della DGRC N° 666/2011 il Gruppo Appartamento si configura come Struttura residenziale a carattere familiare con basso livello di protezione per persone adulte con disagio psichico stabilizzate e uscite dal circuito terapeutico-riabilitativo psichiatrico, che non necessitano di assistenza sanitaria continuativa e che optano per una scelta di convivenza nel contesto di una soluzione abitativa autonoma.

Il gruppo appartamento è una struttura a carattere temporaneo o permanente, gestita in stretta collaborazione con i servizi del DSM, rivolta a persone con disturbi psichici che dimostrano alla conclusione di un percorso riabilitativo l'acquisizione di buone capacità di autonomia, prive di validi riferimenti familiari o per le quali si reputi opportuno l'allontanamento dal nucleo familiare e che necessitano di sostegno nel percorso di autonomia e di inserimento o reinserimento sociale.

ATTIVITA'

Attività spontanee e non strutturate. L'equipe della Comunità aiuta il paziente ad orientarsi verso una buona gestione del tempo libero, attraverso attività ricreative e sportive, naturalmente tenendo conto delle attitudini e delle inclinazioni naturali dell'ospite.

Eventuali prestazioni ambulatoriali, riabilitative e socio-riabilitative presso il domicilio (di cui all'allegato 1.C del DPCM 29 novembre 2001).

La struttura è destinataria, altresì, di prestazioni socio-assistenziali erogate attraverso la presenza di figure professionali di supporto all'autonomia individuale e sociale. Il Gruppo Appartamento è un contesto autogestito nel quale gli ospiti, con l'aiuto degli operatori, curano i propri spazi di vita personali e collettivi, preparando i pasti, facendo la spesa, curando la manutenzione etc. Il clima e l'atmosfera sono quelli di una vera casa, un luogo di vita in cui si evita qualunque medicalizzazione degli spazi, degli arredi e delle relazioni. Vengono promosse attività sociali che coinvolgano il territorio, al fine di consentire ai propri ospiti di attivare/riattivare competenze relazionali e sociali e favorire il processo di inclusione socio-lavorativo.

RICETTIVITA'

Massimo 7 posti.

COMUNITA' ALLOGGIO PER PERSONE ADULTE CON DISAGIO PSICHICO.

Ai sensi della DGRC N° 666/2011 la Comunità Alloggio si configura come Struttura residenziale a carattere familiare con medio livello di protezione per persone adulte con disagio psichico che presentano un grado di autonomia medio ed abilità psicosociali sufficientemente acquisite e non necessitano di assistenza sanitaria continuativa.

La comunità alloggio offre alle persone con disturbo psichiatrico una soluzione abitativa protetta (assistenza continua sociale) nell'ambito di un percorso terapeutico in via di completamento e da realizzare in stretta collaborazione con i servizi del DSM.

E' una struttura dimensionata sul *modello 'casa'*, capace di garantire agli ospiti spazi privati che valorizzano al massimo la dimensione soggettiva ed interpersonale al fine di far raggiungere livelli maggiori di autonomia in relazione alla riacquisizione di abilità individuali e capacità relazionali.
La Comunità assicura una continuità di servizio 24 ore su 24 ore per 365 giorni l'anno, con la presenza di operatori sociali a ciclo continuo e di operatori sanitari per fasce orarie.

ATTIVITA'

Erogazione servizi alberghieri inclusivi della somministrazione pasti;
Attività di aiuto alla persona e di supporto nell'espletamento delle funzioni e delle attività quotidiane, sia diurne che notturne;
Attività a sostegno dell'autonomia individuale e sociale tese a raggiungere il miglior livello possibile di qualità della vita dell'ospite attraverso la valorizzazione delle capacità organizzative e dei processi decisionali;
Laboratori abilitativi, ricreativi, espressivi e di inclusione socio-lavorativa;
Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale intensità assistenziale (di cui all'Allegato 1.C "*Assistenza territoriale residenziale*") del DPCM 29 novembre 2001.

RICETTIVITA'

Da 6 a 10 posti massimi.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) E/O CURE DOMICILIARI INTEGRATE (CDI)

L'OMS definisce l'assistenza domiciliare come "*la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione".*
Ai sensi della DGRC N. 41 del 14.02.2011 l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e/o Cure Domiciliari Integrate (CRI) si configura come un servizio che "consiste in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socioassistenziali e sanitarie.
Caratteristica del servizio è l'unitarietà dell'intervento, che assicura prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche e riabilitative) in forma integrata e secondo progetti personalizzati di intervento".
Va sottolineato che il termine "integrata" va inteso in due accezioni, non alternative ma connesse: ci si riferisce sia al coinvolgimento di più figure professionali dello stesso sistema, sia all'intervento congiunto dei servizi sanitari e dei servizi sociali.

ART. 7
PORTA UNITARIA DI ACCESSO

L'accesso alle prestazioni socio-sanitarie avviene attraverso la Porta Unitaria di Accesso.

DEFINIZIONE AI SENSI DELLA DGRC n. 790 del 27/12/2012:

La Porta Unica d'Accesso (P.U.A.) rappresenta l'anello operativo strategico per il recepimento unitario delle istanze sociali, sanitarie e sociosanitarie. Essa è la risposta alle esigenze riconosciute da tutti i soggetti operativi coinvolti di efficienza organizzativa, semplificazione delle procedure di accesso ai servizi sanitari e/o sociali, razionalizzazione delle risorse umane e finanziarie, di abbreviazione dei tempi di risposta; in una sola parola di efficacia del sistema socio-sanitario.
La P.U.A., si pone come obiettivo di rispondere a queste esigenze e si configura come luogo "d'ingresso privilegiato" nel sistema dei servizi Sociali, Sanitari e Sociosanitari e come modalità "organizzativa integrata", prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni richieste.
La Porta Unica d'Accesso è quindi costruita sui molteplici bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa, ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali l'utente e/o i familiari devono adempiere per ricevere risposte ed assistenza e a limitare il rischio di burocratizzazione del sistema.
Essa va intesa come funzione duplice esercitata :

- **dai Comuni** mediante i servizi di segretariato sociale, anche articolati in sportelli sociali sul territorio, e il servizio sociale professionale, collegati funzionalmente in rete con i diversi punti di accesso sanitari attualmente esistenti (MMG/PLS, distretti, dipartimenti territoriali,ospedalieri, URP e sportelli informativi, etc..);
- **dalla ASL** mediante i diversi punti di accesso dei servizi attualmente esistenti (Uffici informazioni, Servizi Sociali, UU.OO. Sociosanitarie, Salute Mentale, Sert, Anziani, Cure domiciliari, Materno Infantile,

Riabilitazione) collegati funzionalmente in rete con i diversi punti di accesso comunali attualmente esistenti.

Chi accoglie la richiesta è chiamato a decodificare il bisogno e orientare la persona verso il percorso più appropriato:

- se il bisogno risulta di tipo esclusivamente sanitario, verso le strutture sanitarie (MMG, distretto, altri servizi sanitari territoriali);
- se il bisogno risulta di tipo esclusivamente socio - assistenziale, verso i servizi sociali (EE.LL., Terzo settore);
- se è l'uno e l'altro insieme, presenta , cioè, una componente sanitaria ed una componente sociale "inscindibili", siamo in presenza di un **bisogno complesso** che richiede risposte integrate alle quali si giunge attraverso il sistema di accesso ai servizi sociosanitari integrati.

FUNZIONI:

La P.U.A. compie attività e funzioni riassunte come segue:

Accoglienza, informazione e orientamento

- accoglienza dell'utenza;
- ascolto attivo delle richieste e dei bisogni;
- prima lettura del bisogno espresso dal cittadino;
- informazione relativamente ad opportunità, risorse, prestazioni, e possibili agevolazioni, nonché sul sistema dei servizi esistenti ed accessibili a tutti i cittadini del territorio di riferimento;
- Orientamento all'utilizzo dell'informazione fornita e del canale più adatto per ottenere una risposta adeguata da altri servizi.

Accompagnamento, che si esplica nell'indirizzare attivamente l'utente verso le strutture erogatrici di servizi (diversi da quelli forniti dal P.U.A.), attraverso per esempio la definizione di appuntamenti o l'attivazione di servizi ed équipe professionali (come U.V.I. - l'U.V.M.), atti alla valutazione di secondo livello necessaria per fornire risposte ad un bisogno complesso;

Risoluzione di problemi semplici, che si esplica nell'erogazione immediata, o comunque tempestiva, di risposte esaurienti a bisogni semplici;

Attivazione dell'U.V.I., quando necessario, per i bisogni complessi;

Avvia il processo di presa in carico e l'integrazione dei servizi della Rete Territoriale;

Osservatorio, che si esplica nell'attività di raccolta e analisi di dati sulla domanda e sull'offerta;

PROGETTAZIONE DI UN PORTALE INFORMATIVO

Nell'ambito dei siti web dell'ASL e dell' Ufficio di Piano dell' Ambito Territoriale sarà realizzato il portale sociosanitario. Il portale, destinato ai cittadini e agli operatori, conterrà le seguenti informazioni :

- la localizzazione degli sportelli dell'ASL e dei comuni;
- gli orari;
- l'agenda informativa;
- la modulistica delle procedure attivabili;
- i regolamenti.

Attraverso il portale i cittadini e gli stessi operatori potranno conoscere i servizi, accedere agli stessi, scaricare e compilare la modulistica, comunicare con l'ASL e i Piani di Zona, produrre osservazioni, reclami, suggerimenti, esprimere il proprio indice di gradimento.

ART. 8
PROCEDURE DI ACCESSO

Le funzioni integrate per l' accesso e la presa in carico si articolano secondo il seguente percorso:

1. **la richiesta** è presentata ad uno degli attori della P.U.A. attraverso l'Allegato A di cui alla DGRC. N. 790 del 27.07.2013;
2. **la proposta** di ammissione all' ADI/CDI,servizi residenziali e semiresidenziali è formulata sulla base di requisiti essenziali dei Servizi Sociali e/o dell'Unità Operativa Distrettuale, in raccordo con il MMG;
3. **la valutazione** multidimensionale a cura delle UVI (Unità di Valutazione Integrata);
4. **la redazione del Progetto Personalizzato** e l'individuazione del Case Manager in sede UVI, con definizione del Piano Esecutivo attuato dall'Equipe Operativa;
5. **la dimissione.**

LA RICHIESTA può avvenire tramite:

- il diretto interessato;
- il Medico di Medicina Generale;
- il Pediatra di Libera Scelta;
- da un tutore giuridico;
- Unità Operative Distrettuali e/o ospedaliere e/o strutture residenziali;
- Servizi Sociali dei Comuni e Servizi di Segretariato Sociale;
- la famiglia, il vicinato, il volontariato.
- E' effettuata sull'allegato A di cui alla DGRC. N. 790 del 27.07.2013

Ai sensi del "**Regolamento per la compartecipazione alle prestazioni sociali e sociosanitarie**" approvato dal Coordinamento Istituzionale dell'Ambito Territoriale la richiesta di accesso ai servizi sociosanitari :

- è corredata della dichiarazione sostitutiva unica, relativa al valore ISE e ISEE;
- è corredata da consenso scritto al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, ai sensi Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196;
- va presentata indifferentemente o al Distretto Sanitario o al Segretariato Sociale o ai Servizi Sociali Professionali del Comune di residenza che provvedono all'invio al servizio sociale professionale per l'istruttoria del caso ed alla convocazione delle Unità di Valutazione.

L'Unità di Valutazione Integrata valuta le condizioni di bisogno assistenziale del soggetto per l'ammissione al servizio, e redige apposito verbale.

L'attivazione del servizio avviene esclusivamente previa sottoscrizione del verbale da parte dell'utente informato sull'eventuale quota di compartecipazione ascritta a suo carico.

In tutti i casi in cui la segnalazione/richiesta non è stata effettuata dal diretto interessato, occorre acquisire la liberatoria affinché PUA e UVI possano operare il processo d'integrazione socio-sanitaria. Quando la richiesta proviene dal diretto interessato e dalla rete informale del cittadino (la famiglia, il vicinato, il volontariato),la stessa, deve essere sempre orientata alla rete formale (Unità Operative Distrettuali e/o ospedaliere, Pediatra di Libera Scelta, Medico di Medicina Generale, Servizi Sociali dei Comuni, Servizi di Segretariato Sociale) la quale soltanto è abilitata ad effettuare la valutazione di 1° livello della domanda ed eventuale proposta di accesso.

LA PROPOSTA PER I SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI:

Per l'invio del caso all' UVI, previa valutazione di 1° livello della segnalazione, la proposta di accesso è inviata al Direttore del Distretto.

La Proposta di Ammissione è inviata al Direttore del Distretto Sanitario (o suo delegato) e al Coordinatore dell'Ufficio di Piano (o suo delegato), ai quali è affidata la responsabilità di attivare l'UVI, come disciplinata dal presente regolamento.

Essa è formulata dal Medico (MMG/PLS,U. O. distrettuale o ospedaliera) oppure dall'operatore sociale individuato per tale funzione dai Comuni.

La proposta, preferibilmente, deve essere predisposta su supporto informatico e deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- dati anagrafici del cittadino;
- indicazioni generali di carattere socioambientale e relative a: condizioni abitative ed situazione familiare (nucleo di convivenza e di primo grado), rete familiare e sociale di supporto presente, situazione economica del soggetto e del nucleo familiare;
- condizioni generali di salute, diagnosi cliniche e patologie presenti. Se la proposta è presentata dall'operatore sociale dovrà necessariamente essere corredata da certificazione medica del MMG/PLS o di struttura pubblica, a supporto della richiesta;
- condizioni di autonomia ed autosufficienza, deambulazione ed eventuale sconfinamento (a letto, su sedia o in casa), capacità relazionali;
- principali referenti territoriali da attivare per la valutazione multidimensionale (MMG/PLS), specifiche unità operative distrettuali, servizio sociale).

LA PROPOSTA PER PRESTAZIONI DOMICILIARI INTEGRATE (A.D.I. /C.D.I.):

In seguito alla valutazione di primo livello, nel caso di risposta complessa, viene formulata la Proposta di Ammissione all'ADI/CDI.
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 Direttore del Distretto Sanitario (o suo delegato) e al Coordinatore dell'Ufficio di Piano (o suo delegato), ai quali è affidata la responsabilità di attivare l'UVI.
La Proposta di ammissione deve essere predisposta su supporto informatico e deve contenere, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di acceso le seguenti informazioni:

- bisogno/problema rilevato
- prima valutazione sulla presenza dei requisiti per l'attivazione dell'ADI/CDI
- prima ipotesi di intervento
- tempi di attivazione dell'UVI.

La stessa è formalizzata sul modello ALLEGATO A.
Requisiti indispensabili per l'attivazione dell'ADI/CDI sono:

- requisito della residenza/domicilio. Sono ammessi al servizio gli utenti residenti/domiciliati nei Comuni ricadenti nell'Ambito territoriale del Piano di Zona;
- Condizione di non autosufficienza (disabilità) e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- Potenzialità e disponibilità della famiglia o della rete parentale o informale tale da fornire un concreto supporto al Progetto personalizzato.
- Idonee condizioni abitative in grado di consentire la concreta erogazione delle prestazioni previste nel progetto personalizzato. Tale idoneità viene rilevata mediante l'utilizzo della scheda di valutazione sociale standardizzata (SVAMA) che consente di individuare la situazione familiare, assistenziale, abitativa, economica di integrazione sociale dell'assistito, ecc.
- Consenso informato da parte della persona o suo tutore giuridico;
- Presa in carico da parte del medico di medicina generale (garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica dalle ore 8 alle 20)

La sussistenza della condizione di non autosufficienza è attestata con certificazione medica mediante l'uso di apposita scala di valutazione (SVAMA).
Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria una presa in carico immediata, dato il prevalente bisogno sanitario. In questi casi l'accesso all'ADI/CDI dovrà essere in un primo momento esclusivamente sanitario e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di UVI per rispondere a bisogni di natura sociale.

LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE :

In presenza di richieste che presentano un "bisogno complesso" in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale, la valutazione del caso è effettuata:

- dalle unità di valutazione specifiche delle UU.OO. distrettuali ;
- e/o multidimensionale (VMD) in sede UVI se il bisogno espresso non può trovare soddisfacimento con il concorso di professionalità di una sola U.O. o il bisogno richiede una risposta anche di tipo socio-assistenziale e si rileva l'opportunità di verificare le condizioni socio-relazionali ed ambientali.

La valutazione multidimensionale :

- è lo strumento per l'accesso ai servizi sociosanitari di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati delle persone adulte e anziane;
- rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile del Progetto Personalizzato;
- è effettuata con "scale" e strumenti scientificamente validati.

La valutazione multidimensionale dell'UVI deve essere effettuata attraverso l'utilizzo dei seguenti strumenti di valutazione resi disponibili dalla Regione Campania:

- Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone Adulte ed Anziane – S.VA.M.A. CAMPANIA (D.G.R.C. N. **323 del 03/07/2012** BURC N° 42 del 9 luglio 2012);

- Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone Adulte e Disabili – S.VA.M.A. CAMPANIA (D.G.R.C. N. **324 del 03/07/2012** BURC N° 42 del 9 luglio 2012).

LA REDAZIONE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO

Alla valutazione multidimensionale segue l' elaborazione del Progetto Personalizzato. Per ognuno dei cittadini presi incarico, 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.
Il Progetto Personalizzato è redatto preferibilmente su apposito modulo predefinito digitale. L'UVI è responsabile del Progetto Personalizzato e ne verifica l'attuazione mediante il *Case manager o Responsabile del caso*. Per la redazione del Progetto Personalizzato l'UVI può avvalersi della collaborazione di un referente dell'Equipe Operativa.
Il Progetto Personalizzato definisce in maniera analitica:
- gli obiettivi e i risultati attesi, sia riguardo alla persona assistita che ai suoi familiari;
- in rapporto al bisogno accertato, la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità (alto, medio-lieve) dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- titolarità, competenze e responsabilità di spesa;
- le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento;
- le competenze e funzioni del referente familiare;
- la durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale;
- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- Consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

Il progetto socio- sanitario personalizzato è comunicato in modo comprensibile ed appropriato al paziente ed ai suoi familiari e da essi approvato e sottoscritto.
Esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi di base ai quali è stato elaborato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità – disabilità residue, limiti ambientali e risorse, aspettative, priorità, ecc.). tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno ratificate dall'U.V.I.
Con il consenso informato si conclude la fase preliminare della presa in carico del cittadino, che deve essere concludersi, entro 30 giorni dalla data della richiesta di accesso.

All'interno del Progetto Personalizzato deve essere previsto il Piano Esecutivo condiviso con l'Equipe Operativa che svolgerà nel concreto il percorso assistenziale.

LISTE D'ATTESA

ASSISTENZA DOMICILIARE :
Le risultanze della valutazione con l'eventuale idoneità all'accesso, saranno trasmesse, a cura dell'UVI, all'U.O. Assistenza Anziani e Domiciliare. L'U.O. terrà le liste d'attesa redatte secondo l'ordine cronologico delle istanze, il livello di autonomia dell'utente, la gravità della patologa e le condizioni socio-economiche. Tali liste verranno aggiornate secondo i parametri descritti ogni qual volta l'UVI invierà nuove comunicazioni.
ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE:
Le liste d'attesa, redatte secondo l'ordine cronologico delle istanze, il livello di autonomia dell'utente, la gravità della patologia, le condizioni socio-economiche, la residenza, sono gestite dall'UVI di concerto con le strutture erogatrici delle prestazioni e le competenti UU.OO. distrettuali. Le stesse, secondo i parametri descritti, sono periodicamente aggiornate.

ACCESSO STRUTTURE RESIDENZIALI/SEMIRESIDENZIALI

L'accesso al ricovero prevede che previa richiesta di nulla osta dell'UVI di residenza dell'utente, il Direttore del Distretto in cui è ubicata la struttura, comunicherà modalità e data di ingresso al:
- Direttore del Distretto di residenza del cittadino;
- Direttore Responsabile della struttura;

- Dirigente della U.O. competente ;
- MMG;
- Comune di residenza;
- Utente e/o familiari;
- Ambito territoriale di competenza.

Al momento dell'ingresso, il Direttore del Distretto di residenza del cittadino fornisce il progetto sociosanitario personalizzato, redatto dall'UVI.

La struttura dà comunicazione dell'avvenuto ingresso, entro 24 ore, a:
- Direttore del Distretto e Dirigente della U.O. competente del Distretto Sanitario di residenza dell'utente;
- MMG;
- Comune di residenza;
- Direttore del Distretto in cui insiste la struttura.

Il progetto sociosanitario ed il relativo piano esecutivo sono soggetti a verifica periodica da parte della UVI secondo i tempi e le modalità previste dallo stesso o quando viene richiesto dal Responsabile della struttura.
Prima dell'ingresso dell'utente, il Direttore Responsabile della struttura provvederà ad acquisire la conferma della volontà dell'utente, o di un suo familiare, ad essere ospitato nella struttura assegnata, mediante la sottoscrizione di apposita dichiarazione.

ACCESSO AL SERVIZIO A.D.I. /C.D.I. :

L'U.O. Assistenza Anziani e Domiciliare ed il Comune comunicheranno rispettivamente per le proprie competenze, modalità e data di avvio del servizio a:
- MMG;
- Utente e/o familiari;
- Operatori sanitari e sociali previsti nel Piano Esecutivo.

Il Progetto Personalizzato ed il relativo Piano Esecutivo sono soggetti a verifica periodica da parte della UVI secondo i tempi e le modalità previsto dallo stesso ogni qual volta si verifichino modifiche nelle condizioni sanitarie e sociali.

LA DIMISSIONE

All'atto della dimissione va compilata una apposita scheda che, in analogia con la scheda di dimissione ospedaliera, raccoglie tutti i dati relativi alle prestazioni Residenziali, Semiresidenziali, ADI/CDI.
I dati delle suddette schede saranno raccolte su supporto informatico, nel rispetto della vigente normativa sulla Privacy, ai fini della realizzazione del flusso informativo regionale.
Si individuano le seguenti modalità di dimissione:
- Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Personalizzato, a seguito di verifica da parte della U.V.I;
- Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale di tipo diverso dal domiciliare/residenziale/semiresidenziale, disposta dalla U.V.I. in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto Personalizzato a seguito di mutate condizioni sociosanitarie.
- Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili a domicilio.
- Dimissione per decesso della persona assistita
- Dimissioni per volontà dell'assistito (con precisazione della motivazione, se espressa).

ART. 9
L'UNITA' DI VALUTAZIONE INTEGRATA

L'organizzazione di servizi congiuntamente gestiti e finanziati da Comuni e ASL, necessita di precise e concordate modalità di accesso.

In sede programmatoria è necessario definire le condizioni di accesso ai servizi, identificando le dimensioni ritenute rilevanti (patologia, età, reddito, situazione familiare, altro) ed è altresì necessario definire congiuntamente la composizione e le modalità operative di un organismo misto di valutazione. 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.
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.

UBICAZIONE E FUNZIONALITA'

L'U.V.I. ha sede presso specifici uffici del Distretto Sanitario**.** In tale ambito sono svolte le attività e/o procedure di convocazione, riunione, custodia dei fascicoli, monitoraggio, autorizzative, informative, di rilevazione dei costi.
Al fine di assicurarne la funzionalità i Direttori di Distretto e il Piano di Zona sono impegnati ad assicurare :

- specifico personale (amministrativo, sociale e sanitario);
- spazi dedicati;
- arredi, linee telefoniche,fax, stampanti, strumentazioni informatiche.

A tal fine, ai sensi della DGRC N°50/2012 e della relativa Convenzione sottoscritta, l'ASL Salerno e l'Ambito Territoriale sono impegnati a costituire specifico Ufficio Congiunto.

COMPOSIZIONE

All' Unità di Valutazione Integrata devono partecipare i seguenti componenti :

- **Assistente Sociale** dell'Ambito Territoriale (individuato con provvedimento del responsabile dell'Ufficio di Piano) responsabile della presa in carico;
- **Medico medicina generale** o Pediatra di libera scelta dell'assistito responsabile della presa in carico;
- **Un medico dell'U.O. distrettuale** competente;
- **Un referente per l'integrazione sociosanitaria** dell'Ufficio di Piano;
- **Delegato alla spesa ASL;**
- **Delegato alla spesa comune/Ambito Territoriale;**
- **Integrata da altre figure specialistiche** legate alla valutazione del singolo caso.

Come espressamente previsto dalla DGRC N°50/2012, i Delegati alla spesa, per espressa delega, devono essere dotati del potere di disporre delle risorse economiche necessarie e di impegnare l'Ente di appartenenza alla relativa erogazione della prestazione.
Il delegato alla spesa dell'ASL è individuato con specifico provvedimento del Direttore del Distretto.
Il delegato alla spesa del comune/Ambito Territoriale è individuato con specifico provvedimento del Responsabile dell'Ufficio di Piano.

CONVOCAZIONE

Ai sensi della DGRC N°50/2012, della Convenzione sottoscritta e della "Circolare esplicativa e indirizzi in merito alla compartecipazione alle prestazioni sociosanitarie di cui al DPCM 29.11.2001- DGRC N. 50 del 28/02/2012" N° 0614434 del 09/08/2012 dei Dirigenti dei Settori Fasce Deboli e Assistenza Sociale della Regione Campania la partecipazione alle Unità di Valutazione Integrata è considerata obbligatoria.

L'Unità di Valutazione Integrata si riunisce presso la sede del Distretto di competenza:

- è di norma convocata dal Direttore del Distretto e/o suo delegato;
- per casi particolari può essere convocata congiuntamente al Responsabile dell'Ufficio di Piano;

- l'atto di convocazione 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'atto di convocazione deve essere inviato con congruo anticipo (almeno 5 giorni prima);
- l'atto di convocazione deve indicare date e orari di prima e seconda convocazione dei componenti;
- l'atto di convocazione è inviato per posta elettronica certificata e/o fax e/o posta celere;
- i componenti convocati sono tenuti a partecipare e l'eventuale assenza deve essere adeguatamente giustificata.

In caso di assenza (nella seduta di 1^ convocazione) da parte di componenti deputati alla definizione del singolo progetto individuale, la valutazione del caso è effettuata in seduta di seconda convocazione da tenersi possibilmente entro 48 ore.

Nel caso in cui una delle parti ASL/Ambito Territoriale, formalmente convocata, risulti assente a due sedute consecutive (1^ e 2^ convocazione) delle UVI, si procederà alla valutazione dell'assistito e le relative risultanze saranno ritenute vincolanti ai fini della compartecipazione alla spesa.

Comunque, ai sensi della deliberazione di G.R. n. 2006/04, la valutazione multidimensionale deve concludersi entro 20 gg. dalla proposta.

Di norma la valutazione è effettuata dall'U.V.I. di residenza dell'assistito. Qualora il ricovero è fruito in una struttura ubicata in un territorio diverso dalla residenza del cittadino, per rogatoria il Direttore del Distretto di residenza dell'assistito può richiedere la valutazione all'U.V.I. dove è ubicata la struttura.
In tal caso all'U.V.I. sono tenuti a partecipare l'assistente sociale e il delegato alla spesa dell'Ambito/Comune di residenza dell'utente. L'esito della valutazione e il relativo verbale UVI (debitamente sottoscritto) è comunicato al Direttore del distretto e all'Ambito Territoriale di residenza del cittadino.

COMPITI

L' U.V.I. svolge i seguenti compiti:

- entro 20 giorni dalla proposta di ammissione e fatti salvi i casi di urgenza, effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali dei pazienti 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.
- In relazione alla tipologia e complessità del bisogno del paziente individua il Case Manager e/o Responsabile del caso con il compito di seguire il paziente per tutto il percorso assistenziale, di verificare la fase operativa, di raccordare l'equipe con l'UVI. Il ruolo di Responsabile del caso (diverso dalla responsabilità clinica che rimane in capo al MMG) può essere assunto da figure assistenziali diverse (sanitario e/o sociale) in base ai bisogni prevalenti dell'assistito e alle scelte organizzative.
- custodisce Copia del Progetto Personalizzato in un fascicolo personale, nel quale è conservata tutta la documentazione relativa all'assistito (richiesta corredata di dichiarazione sostitutiva unica e di autorizzazione al trattamento dei dati, 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, a cura del Medico dell'U.O. distrettuale competente e del Referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano, 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.
- attraverso il delegato alla spesa notifica alla ASL , per la parte di competenza, l'impegno di spesa scaturente dal progetto personalizzato e dalle prestazioni erogate;
- attraverso il delegato alla spesa dell'Ufficio di Piano notifica al Comune/Ambito Territoriale di residenza dell'assistito, per la parte di competenza, l'eventuale impegno di spesa scaturente dal progetto personalizzato e dalle prestazioni erogate;
- l'assistente sociale dell'Ambito Territoriale assicura la presa in carico e attraverso i Servizi Sociali comunali, garantisce tutti gli interventi di servizio sociale che si rendono necessari per una puntuale valutazione e presa in carico del bisogno sociosanitario dell'assistito;

- il medico della U.O. competente, attraverso la rete sanitaria del SSN, garantisce tutti gli interventi sanitari che si rendono necessari per una corretta valutazione e presa in carico del bisogno sociosanitario dell'assistito.

ART. 10
AUTORIZZAZIONE

In caso di decisione di ricovero in RSA, CDI e/o ADI/CDI, Comunità Alloggio, l'U.V.I. in raccordo con l'U.O., il Comune di Residenza e in accordo con l'assistito, individua la struttura e/o servizio di destinazione, comunica l'eventuale lista di attesa, contatta il Direttore Responsabile della struttura e/o servizio prescelto, comunica allo stesso, al MMG dell'utente ed al Comune di residenza, modalità e data di ricovero.
L'autorizzazione è rilasciata/sottoscritta previa verifica dei tetti di spesa e acquisizione del "nulla osta all'accesso in struttura" da parte del Direttore del Distretto ove insiste la struttura di ricovero e dal delegato alla spesa del Comune di residenza dell'Assistito. In assenza di "nulla osta" l'autorizzazione non può essere sottoscritta. In tal caso il paziente è posto in lista d'attesa.
Per espressa delega conferita dal presente Regolamento, al fine di semplificare le procedure di accesso e presa in carico dell'utenza, si stabilisce che:

1. l'autorizzazione al ricovero è emessa e sottoscritta dal Direttore del Distretto e/o suo delegato;
2. in allegato, ai sensi del successivo art. 11, il Direttore di Distretto è tenuto a trasmettere alla struttura erogatrice copia del verbale UVI (che certifica anche la spesa) .

ART. 11
COMPARTECIPAZIONE E CERTIFICAZIONE DELLA SPESA

1. Le quote di compartecipazione alla spesa dei Comuni/utenti e dell'Azienda Sanitaria Locale sono stabilite dal DPCM del 29.11.01 e dalla DGRC n. 50/2012.
2. La compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza è disciplinata dallo specifico regolamento approvato dall'Ambito Territoriale.
3. L'utente convocato in UVI dovrà produrre certificazione ISEE (familiare o individuale). Al momento della valutazione UVI e della condivisione del progetto personalizzato andranno specificate le quote a carico dell'ASL e, utilizzando la certificazione ISEE prodotta dal cittadino, le quote a carico dell'utente/Ambito Territoriale.
4. L'erogazione della prestazione definita in sede U.V.I. avverrà a seguito della sottoscrizione del verbale UVI e di accettazione dell' eventuale onere economico da parte:
   a) dell'utente/tutore/curatore, in calce al verbale UVI;
   b) del delegato alla spesa comune/Ambito Territoriale;
   c) del delegato alla spesa ASL.
5. Qualora, una delle parti ASL/Utente/Comune/Ambito Territoriale formalmente convocata, risulti assente a due sedute consecutive (1^ e 2^ convocazione) delle UVI, si procederà comunque alla valutazione dell'assistito, a sottoscrivere il verbale, a trasmettere lo stesso alla struttura erogatrice e notificare lo stesso alla parte assente. In tal caso:
   - il Comune di residenza anagrafica del soggetto fruitore di servizi socio-sanitari che, sin d'ora, riconosce la relativa spesa, è tenuto a rimborsare alla struttura erogatrice la quota di compartecipazione sociale a carico del comune/utente;
   - la struttura erogatrice della prestazione è tenuta a fatturare direttamente al Comune di residenza anagrafica del soggetto fruitore di servizi socio-sanitari la quota di compartecipazione sociale a carico del comune/utente.
5. In ogni caso copia del verbale UVI dovrà essere inviata alla struttura erogatrice della prestazione prima dell'accesso dell'utente in struttura o in seguito ad eventuale rivalutazione.
6. I servizi sociali del Comune e/o Ambito di residenza dell'assistito sono tenuti ad acquisire la certificazione ISEE prodotta dall'utente, accertare l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa, comunicare al soggetto interessato l'esito della valutazione U.V.I., ed in caso di ammissione della richiesta, la data di attivazione del servizio, l'eventuale quota di compartecipazione a suo carico da versare direttamente alla struttura erogatrice, a recuperare eventuali quote di compartecipazione a carico dell'utenza.

7. L'Ambito sociale controllerà, anche a campione, la veridicità della situazione familiare dichiarata e confronterà i dati patrimoniali e reddituali dichiarati dai soggetti con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

ART. 12
COMITATO DI COORDINAMENTO

Al fine di ricondurre ad unitarietà gli atti programmatici dell'ASL e dei comuni, le procedure di accesso, il sistema di valutazione multidimensionale, le prestazioni erogate e le modalità di funzionamento delle UVI per ciascun Ambito Territoriale è istituito un Comitato di Coordinamento composta da:

- Direttore/i Distretto/i Sanitario/i di Base o suo delegato ;
- Direttore Integrazione Sociosanitaria dell'ASL SA o suo delegato;
- Responsabile Ufficio di Piano Ambito Territoriale o suo delegato.

Il comitato di coordinamento si riunisce periodicamente su convocazione di uno dei suoi componenti.

ART. 13
ATTI PROGRAMMATORI

Sulla base degli atti d'indirizzo della Regione Campania la programmazione congiunta degli interventi socio-sanitari si esprime attraverso l'adozione del Piano di Zona dei Servizi Sociali (PDZ) e il Programma delle Attività Territoriali (PAT) .

ART. 14
APPROVAZIONE REGOLAMENTO

Il presente regolamento è approvato con specifica deliberazione del Direttore Generale dell'ASL Salerno e del Coordinamento Istituzionale dell'Ambito Territoriale.

ART. 15
NORME DI RINVIO

Per quanto non previsto da presente regolamento si rinvia alla normativa nazionale e regionale vigente con particolare riferimento :

- DPCM del 14 febbraio 2001 e il DPCM del 29.11.01
- DGRC n. 6467 del 30.12.2002
- L.R. N°8/2003
- DGRC n. 2006/04
- DGRC N° 1813 del 12.10.2007
- Decreto Commissariale N. 6/2010
- Decreto Commissariale N. 49/2010
- DGRC N° 41 del 14.02.2011;
- DGRC N°666/2011
- DGRC N° 50 del 28/02/2012
- Circolare esplicativa N° 0614434 del 09/08/2012 dei Dirigenti dei Settori Fasce Deboli e Assistenza Sociale della Regione Campania;
- DGRC n. 790 del 27.12.2013
- Decreto Commissariale n. 84 del 05.07.2013