

	 <p data-bbox="954 255 1251 338">Ambito Territoriale C03 Teano Capofila</p> 
<p data-bbox="274 434 616 463">Distretto Sanitario n. 14</p>	<p data-bbox="938 434 1273 463">Ambito Territoriale C03</p>

REGOLAMENTO UNICO PER L'ACCESSO E L'EROGAZIONE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI

ai sensi:

- dell'art. 41 della L.R. Campania n.11/07 e s.m.i.,
- della D.G.R.C. n. 41/2011 (Cure Domiciliari)
- della DGRC n. 869 del 29/12/2015 (Piano Sociale Regionale 2016/2018)

INDICE

- Art. 1 – Ambito di applicazione;**
- Art. 2 – Le prestazioni sociosanitarie: definizione;**
- Art. 3 – Le prestazioni sociosanitarie integrate;**
- Art. 4 – I destinatari;**
- Art. 5 – Accesso e erogazione dei servizi sociosanitari integrati;**
- Art. 6 - La Porta Unitaria di Accesso (PUA);**
- Art. 7 – Richiesta d’accesso o segnalazione;**
- Art. 8 – Presa in carico;**
- Art. 9 – La proposta di ammissione;**
- Art. 10 – L’Unità di Valutazione Integrata (UVI) ;**
- Art. 11 – Convocazione dell’UVI;**
- Art. 12 – Compiti dell’UVI e l’individuazione del Responsabile del caso;**
- Art. 13 – Il Progetto personalizzato;**
- Art. 14 - L'erogazione del servizio sociosanitario;**
- Art. 15 - La dimissione protetta;**
- Art. 16 - Modalità di pagamento delle quote di compartecipazione sociale;**
- Art. 17 – Entrata in vigore;**
- Art. 18 - Norme di rinvio.**

Art. 1 – Ambito di applicazione

Il presente regolamento disciplina i criteri e le procedure per l'accesso e la erogazione dei servizi sociosanitari integrati, ai sensi dell'art. 41 della L.R. Campania n. 11/07, della D.G.R.C. n. 41/2011 e della DGRC n. n. 869 del 29/12/2015 (Piano Sociale regionale 2016/2018), attraverso procedure unitarie e condivise tra l'ASL Caserta / Distretto Sanitario n. 14 e l'Ambito Territoriale C03.

Art. 2 – Le prestazioni socio sanitarie: definizione

Le prestazioni sociosanitarie si dividono in tre tipologie:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
 - prestazioni sociali a rilevanza sanitaria;
 - prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione.
- La prima tipologia, *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, risponde alla necessità di mettere in atto prestazioni tese alla promozione della salute, alla prevenzione, all'individuazione, alla rimozione e al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite. Tutte queste prestazioni sono di competenza delle Aziende Sanitarie Locali e a carico delle stesse, inserite in progetti personalizzati ed erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali;
- La seconda tipologia di prestazioni si caratterizza per la forte componente sociale, da qui il nome di *prestazione sociale a rilevanza sanitaria*, correlata a particolari stati di bisogno dovuti a problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Queste prestazioni sono di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi;
- La terza tipologia prevede invece le *prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione*. Questa tipologia si configura per tutte quelle particolari situazioni in cui non è possibile definire la prevalenza dell'uno o dell'altro fattore sociale o sanitario poiché la complessità è tale da non poter scindere le due fattispecie. Per tali prestazioni 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).

Art. 3 – Le prestazioni sociosanitarie integrate

Le prestazioni sociosanitarie integrate attengono prevalentemente alle aree:

- materno infantile;
- anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative;
- disabilità;
- patologie psichiatriche;
- dipendenze da droga, alcol e farmaci;
- patologie per infezioni da HIV e patologie terminali.

Tali prestazioni si articolano in Prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali. L'Allegato 1C del DPCM del 29.11.01 così definisce le otto prestazioni oggetto di compartecipazione:

Assistenza Domiciliare

- **Assistenza programmata a domicilio (ADI, PTRI/BdS e ADP)** – comprese le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona:
- a) prestazioni a domicilio di medicina generale, pediatria di libera scelta;
 - b) prestazioni a domicilio di medicina specialistica;
 - c) prestazioni infermieristiche a domicilio;
 - d) prestazioni riabilitative a domicilio;
 - e) prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona;
 - f) prestazioni di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa.

Assistenza semiresidenziale

- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali** – prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani** – prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo.

Assistenza residenziale:

- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie** – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali** – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali** – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi di sostegno familiare;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani** – prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone con infezione da HIV** – prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale.

A tali prestazioni si aggiungono tutte le prestazioni che prevedono una presa in carico congiunta Ambito – Asl e che sono erogate da equipe sociosanitarie integrate.

Art. 4 – I destinatari

I destinatari delle prestazioni sociosanitarie integrate sono cittadini residenti nei Comuni associati dell'Ambito in stato di bisogno sociosanitario complesso, con particolare riferimento ai soggetti fragili, in condizione di dipendenza e non autosufficienza. In caso di utenti inseriti in assistenza residenziale, vale, in raccordo con la normativa vigente, la residenza prima del primo ricovero (L. 328/2000, art. 6, comma 4).

Art. 5 – Accesso e erogazione dei servizi sociosanitari integrati

L'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti prestazioni sociosanitarie integrate avviene con procedure unitarie e condivise tra le UU.OO. del Distretto Sanitario e l'Ufficio di Piano ed i servizi programmati nel Piano di Zona attraverso

- la Porta Unitaria di Accesso (PUA)
- l'Unità di Valutazione Integrata (UVI).

Art. 6 - La Porta Unitaria di Accesso

E' istituita la **Porta Unica di Accesso (PUA)** intesa, ai sensi dell'art. 41 della legge regionale 11/2007, *“quale funzione esercitata sia dal segretariato sociale per i comuni sia dai distretti sanitari per le ASL, con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti (sociali, sanitari e sociosanitari)”*.

Le linee operative vengono applicate come da DGRC n. 790 del 21/12/2012 “Approvazione delle Linee Operative per l'Accesso Unitario ai Servizi SocioSanitari – P.U.A.” ratificate con D.C.A. n. 84/2013 e deliberazione ASL CE n. 45 del 15.01.2013 ad oggetto “Recepimento della DGRC n. 790 del 21/12/2012”.

La Porta Unica di Accesso (PUA) è una funzione territoriale attivata all'interno del Servizio di Segretariato Sociale presente in ogni Comune dell'Ambito ed all'interno della sede del Distretto Sanitario al fine di

facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali previste dal Piano Sociale di Zona (PdZ) e dal Piano Attuativo Territoriale (PAT).

Il servizio si configura come una struttura di snodo dell'offerta dei servizi alla persona, attraverso sportelli unificati per l'accesso a tutti i servizi sociosanitari territoriali, con attenzione all'ascolto delle persone e vigilanza sul rischio di burocratizzazione del servizio.

Tutti i punti di accesso utilizzano strumenti unici e sono collegati con la rete telefonica ed informatica.

Le principali funzioni sono informazione, orientamento, accompagnamento e presa in carico.

Art. 7 – Richiesta d'accesso o segnalazione

La richiesta di accesso o segnalazione alla PUA può essere attivata:

- dal singolo cittadino interessato;
- da un familiare, parente o componente della rete informale (es. vicinato);
- da un tutore giuridico;
- da Servizi sanitari (UO ospedaliera, UO distrettuali, MMG/PLS etc; strutture residenziali);
- dai servizi sociali o da altri servizi dell'ambito territoriale.

La richiesta deve essere effettuata attraverso l'allegato modello (*Allegato n.1* scheda di accesso al sistema dei servizi sociosanitari a gestione integrata e compartecipata), approvato con D.G.R. Campania n. 41/2011.

Non saranno prese in considerazione richieste di accesso senza la compilazione della scheda citata al comma precedente (*cf. Allegato n. 1*).

In tutti i casi in cui la segnalazione/richiesta non è stata effettuata dal diretto interessato, occorre acquisire dal cittadino o dal suo tutore giuridico il consenso informato al trattamento dei dati da parte dei diversi soggetti della rete di servizi sociali e sanitari, nel rispetto della normativa sulla privacy e della L.241/90 in merito alla responsabilità del procedimento.

Art. 8 – Presa in carico

Gli attori della Porta Unitaria di Accesso devono discriminare il bisogno espresso dal cittadino (*valutazione di primo livello*) ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio e l'accompagnamento ai servizi - sanitari o sociali - o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata.

In caso di bisogno semplice, cui corrisponde l'erogazione di prestazioni sanitarie o sociali che non richiedono una valutazione multidimensionale, tutti i punti di accesso svolgono funzioni di informazione, orientamento, invio ed accompagnamento alla prestazione richiesta.

In caso di bisogno complesso, ossia quando nel corso del processo di presa in carico da parte di uno dei punti di accesso, si ritiene che esistano situazioni multiproblematiche e condizioni di complessità che richiedano una attività integrata con la partecipazione sia del servizio sociale sia del servizio sanitario, il punto di accesso deve attivare il Servizio Sociale Professionale e l'UO distrettuale competente, che in raccordo con il MMG/PLS, formulano proposta motivata di ammissione alle prestazioni sociosanitarie integrate.

Art. 9 – La proposta di ammissione

La proposta di Ammissione è inviata al Direttore del Distretto Sanitario ed al Coordinatore dell'Ufficio di Piano, ai quali è affidata la responsabilità di attivare l'UVI.

La Proposta di ammissione è predisposta su supporto informatico secondo il modello allegato (*cf. allegato 2*) e contiene, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso, le seguenti informazioni:

- - indicazioni generali di carattere socio ambientale relative a condizioni abitative e situazione familiare (nucleo di convivenza e di primo grado), rete familiare e sociale di supporto, situazione economica del soggetto e del nucleo familiare;
- bisogno/problema rilevato (condizioni generali di salute, diagnosi cliniche e patologie presenti), corredato da certificazione medica del MMG/PLS o di struttura pubblica a supporto della richiesta;
- prima valutazione sulla presenza dei requisiti per l'attivazione del servizio specifico;
- prima ipotesi di intervento;

- principali riferimenti territoriali da attivare per la valutazione multidimensionale (MMG/PLS, unità operative distrettuali, servizio sociale, ecc...);
- tempi di attivazione dell'UVI.

In caso di dimissione protetta (art. 15) la proposta di ammissione viene trasmessa al Direttore del Distretto dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale in cui è ricoverato il paziente unitamente ad una relazione clinica in cui, oltre alla diagnosi, viene indicata la data prevista per la dimissione ed i bisogni assistenziali della persona. La condizione di dimissibilità ed il rientro a domicilio devono essere condivisi ed approvati in sede di UVI in via preventiva rispetto alla dimissione.

In tali casi sarà rilevante l'assistente sociale competente per il caso che dovrà redigere la relazione sociale con informazioni relative alla situazione familiare ed alle reti di supporto. In particolare la relazione dovrà evidenziare le situazioni di eventuale assenza o impossibilità della rete parentale e/o amicale ad assistere il congiunto a domicilio, specificando la motivazione di tale indisponibilità.

Art.10 – L'Unità di Valutazione Integrata (UVI)

L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.), quale equipe sociosanitaria multidisciplinare integrata, è composta da personale dell'ASL e dell'Ambito Territoriale. All'UVI devono partecipare i seguenti componenti:

- Direttore del Distretto Sanitario e Coordinatore dell'Ufficio di Piano entrambi delegati alla spesa per le parti di ciascuna competenza;
- Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) dell'assistito e assistente sociale dell'Ambito Territoriale, entrambi responsabili della presa in carico del cittadino/utente;
- Medico dell'U.O. distrettuale competente.

L'UVI può essere integrata con figure specialistiche sanitarie e sociali legate alla valutazione del singolo caso, su richiesta rispettivamente del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

Alle sedute è sempre invitato a partecipare il cittadino-utente, o suo familiare, il quale è coinvolto nella fase di formazione del Progetto personalizzato, nonché il Sindaco del Comune interessato o suo delegato. Possono essere invitati inoltre gli operatori di servizi esternalizzati o di altri servizi pubblici eventualmente coinvolti nella fase attuativa del Progetto personalizzato.

La composizione dell'UVI è oggetto di una comunicazione annuale alla Regione Campania da parte dell'Ambito Territoriale, firmata dal Coordinatore dell'Ufficio di Piano e dal Direttore di Distretto Sanitario. L'U.V.I. si riunisce di norma presso il Distretto Sanitario salvo diverse esigenze per le quali risulti opportuno, su decisione congiunta del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano, utilizzare un'altra sede sanitaria territoriale od extraterritoriale (strutture residenziali extra ASL) o la sede dei servizi sociali territoriali coinvolti, oppure il domicilio del richiedente la prestazione.

Art. 11 – Convocazione dell'UVI

- Sulla base della proposta per l'ammissione alle prestazioni sociosanitarie di cui al precedente art. 9, il Direttore del Distretto Sanitario ed il Coordinatore dell'Ufficio di Piano concertano la convocazione dell'UVI. Se lo ritengono necessario possono chiedere chiarimenti o integrazioni alla proposta di ammissione, prima di procedere alla convocazione dell'UVI.

- L'UVI è convocata per iscritto a firma congiunta o singola del Direttore del Distretto e del Coordinatore. Le convocazioni UVI a firma singola del Direttore sono inviate al cittadino-utente, o suo familiare, ai componenti per la parte sanitaria ed al Coordinatore dell'Ufficio di Piano, che provvede a convocare a sua volta i componenti per la parte sociale e ad invitare il Sindaco del Comune di residenza dell'utente. Le convocazioni UVI a firma singola del Coordinatore sono inviate al cittadino-utente, o suo familiare, ai componenti per la parte sociale ed al Direttore del Distretto Sanitario, che provvede a convocare a sua volta i componenti per la parte sanitaria.

- L'UVI è generalmente convocata, salvo quanto previsto dall'ultimo comma, una volta alla settimana, in un giorno lavorativo, stabilito di comune accordo tra il Direttore del Distretto ed il Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

- Le sedute UVI per essere valide devono registrare la presenza di almeno un componente dell'Ambito ed un componente dell'ASL. Qualora il Direttore del Distretto Sanitario ed il Coordinatore dell'Ufficio di Piano

fossero impossibilitati a partecipare, la seduta è comunque valida se successivamente provvedono a sottoscrivere il Progetto Personalizzato per assicurare la copertura della spesa per la parte di competenza.

- Nel caso in cui il Coordinatore dell'Ufficio di Piano non possa sottoscrivere il Progetto Personalizzato per esaurimento dei fondi programmati nel Piano di Zona Sociale, la cosa va rappresentata al Coordinamento istituzionale che dovrà individuare le opportune forme di copertura ai fini della presa in carico da parte dell'Ambito.

- Per ogni seduta UVI è redatto specifico verbale secondo lo schema allegato alla D.G.R.C. n. 1811 del 12/10/2007 e s.m.i.

Per ogni utente valutato in UVI è compilata ed adottata la modulistica SVAMA (DGRC 323/2012) o SVAMDI (DGRC 324/2012). La compilazione di tale modulistica da parte dei soggetti individuati è vincolante per la conclusione della procedura prevista dalla normativa vigente in materia.

- Considerato che, di norma, la presa in carico deve avvenire entro 30 giorni dalla richiesta di accesso, per garantire il rispetto di tale tempistica, la valutazione multidimensionale a cura dell'UVI deve concludersi, con la redazione del Progetto Personalizzato entro 20 gg. dalla proposta di ammissione e dall'attivazione del percorso integrato, rispettando nell'ordine di precedenza le urgenze.

- Nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito, formalmente convocato, risulti assente a due sedute consecutive delle UU.VV.II., la A.S.L. procederà alla valutazione dell'assistito e le relative risultanze sono vincolanti ai fini della compartecipazione (DGRC 50/2012 – allegato 1, art. 5, comma 4).

Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria, per ragioni di necessità ed urgenza assoluta ed indifferibile una presa in carico immediata. In questi casi l'accesso alle prestazioni sociosanitarie integrate potrà essere autorizzato per iscritto in via eccezionale congiuntamente dal Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano ovvero in caso di ADI disgiuntamente per quanto di competenza, e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di UVI.

Art. 12 – Compiti dell'UVI e individuazione del Responsabile del caso

La UVI svolge i seguenti compiti :

- a) effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali dell'assistito e del suo nucleo familiare (valutazione di secondo livello), applicando strumenti idonei e standardizzati (schede e scale di valutazione sanitaria e sociale: SVAMA);
- b) 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 deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- c) individua tra i propri componenti il Responsabile del caso per garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dal Progetto personalizzato;
- d) individua il costo della prestazione autorizzata e stabilisce la percentuale di compartecipazione alla spesa sociosanitaria da parte dell'ASL e dell'Ambito/utente;
- e) trasmette il Progetto Personalizzato al Direttore del Distretto Sanitario e/o al Coordinatore dell'Ufficio di Piano per l'autorizzazione alla spesa di competenza, se non presenti in UVI;
- f) acquisisce il consenso formale del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato e al pagamento dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa;
- g) verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato;
- h) stabilisce le modalità di dimissione;
- i) provvede alla tenuta ed archiviazione dei fascicoli personali degli assistiti.

Rispetto al compito di cui alla lett. c), è importante distinguere tra la responsabilità clinica del caso, che rimane in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari) e la responsabilità del Progetto Personalizzato, che è appunto del *Case Manager o Responsabile del caso*. Il ruolo di Case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente: può quindi essere una figura sanitaria o sociale, in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative. Il responsabile del caso viene individuato tra i propri componenti in sede UVI, scelto in base al maggior coinvolgimento che egli assume sia sul piano tecnico-scientifico, sia sul piano amministrativo ed è all'UVI che deve direttamente rispondere del suo

operato. Visto l'impegno che tale funzione richiede, è opportuno affidare ad uno stesso operatore un numero limitato e compatibile di casi da coordinare.

ART. 13 – Il Progetto personalizzato

Il Progetto Personalizzato definisce esplicitamente e in maniera analitica:

- gli obiettivi essenziali da raggiungere
- la tipologia della prestazione
- la data di avvio e la durata presumibile degli interventi
- tempi di verifica dell'andamento del Progetto
- i costi della prestazione e la ripartizione percentuale dei costi tra ASL e Ambito/utente
- il 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 deve prevedere:

- 1) Anamnesi del Medico di Medicina Generale (M.M.G.) o del Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.);
- 2) Anamnesi socio-ambientale del singolo e/o del nucleo familiare;
- 3) Diagnosi sociosanitaria come per esempio I.C.F. (International classification of Functioning Disability and Health);
- 4) Diagnosi sociale;
- 5) Individuazione risorse personali;
- 6) Individuazione risorse familiari (famiglia nucleare e allargata);
- 7) Individuazione risorse comunitarie;
- 8) Indicatore della situazione economica del singolo e/o del nucleo familiare di riferimento (I.S.E. e I.S.E.E.);
- 9) Obiettivi dell'intervento integrato;
- 10) Metodologia;
- 11) Prestazione sanitaria dettagliata e operatori coinvolti;
- 12) Prestazione sociale dettagliata e operatori coinvolti;
- 13) Eventuale impegno di risorse del terzo settore e operatori coinvolti;
- 14) Case Manager;
- 15) Tempistica;
- 16) Strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione;
- 17) Eventuali moduli, schede, protocolli, relazioni, certificazioni, frutto della professionalità, dell'esperienza, della competenza, dei componenti e/o delle unità operative e dei servizi che questi rappresentano.

Tutti i componenti dell'U.V.I. contribuiscono all'elaborazione del Progetto Individualizzato attraverso l'apporto della propria competenza professionale e delle funzioni istituzionali che rappresentano.

Il Progetto è sottoscritto dai componenti dell'U.V.I. e proposto al cittadino/utente, a cura del Case Manager (eventualmente supportato da altri componenti dell'U.V.I.), per l'accettazione dello stesso.

L'utente ha la possibilità di:

1. accettare o non accettare il Progetto,
2. proporre eventuali modifiche, motivate;
3. chiedere la revisione, motivata, successivamente alla sua sottoscrizione.

L'utente può avvalersi della consulenza e del sostegno delle organizzazioni di tutela e rappresentanza dei consumatori e degli utenti.

Il Progetto personalizzato è redatto in triplice copia, di cui una riservata al Distretto, una riservata all'Ambito ed una riservata per l'utente o suo familiare/tutore. La copia riservata al Distretto è conservata presso la sede in un fascicolo personale, nel quale è riposta tutta la documentazione relativa all'assistito (proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, ecc.) nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs 196/2003). Tale fascicolo può essere consultato dai componenti dell'U.V.I.

Qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato il Progetto Personalizzato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori. Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno decise e condivise dall'U.V.I.

Art. 14 - L'erogazione del servizio sociosanitario

Alla definizione del Progetto personalizzato da parte dell'UVI segue l'erogazione del servizio sociosanitario autorizzato a cura del Distretto Sanitario e dell'Ambito Territoriale.

Il Direttore del Distretto Sanitario ed il Coordinatore dell'Ufficio di Piano sottoscrivono congiuntamente specifica autorizzazione secondo i modelli allegati.

Con riferimento ai servizi di assistenza residenziale per i cittadini adulti sofferenti psichici, si applicano:

- le disposizioni di cui alla DGRC n. 666 del 06.12.11 e s.m.i. Con riferimento alla Comunità Alloggio, l'ASL Caserta, oltre al pagamento della quota di costo a proprio carico, si impegna a garantire la presenza programmata di infermieri professionali e/o personale della riabilitazione, di personale di assistenza sociale o psicologica, solo nell'eventualità in cui il numero di ore di presenza settimanale delle figure professionali stabilito dalla richiamata DGRC n. 666/11 non sia sufficiente in relazione alle esigenze specifiche dell'utenza ospitata;

Con riferimento ai servizi di assistenza in gruppi di convivenza, assimilati ai servizi domiciliari, si applicano:

- le linee guida di cui al DCA n. 16 del 11/02/2013 "Disciplina e definizione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali regionali sostenuti con budget di salute. Adozione Linee Guida ai sensi dell'art. 46 della L.R. n. 1/2012. Presa d'atto DGRC n. 483/2012".

Art. 15 - La dimissione protetta

La dimissione protetta è una sequenza di interventi integrati volti a facilitare la continuità delle cure tra l'ambito specialistico ospedaliero e l'ambito dell'assistenza primaria, rappresentato dalla rete dei servizi sociosanitari territoriali. La dimissione ospedaliera protetta (DOP) riguarda il trasferimento del paziente in fase immediatamente post-critica, dall'ospedale al territorio. La DOP è un "meccanismo" di tutela delle persone fragili, vale a dire persone a rischio per le seguenti situazioni:

- condizioni cliniche precarie, per le quali deve essere garantita la continuità delle cure;
- inadeguatezza socio-economica e/o della rete familiare, amicale e parentale.

Ha la finalità di favorire il rientro del paziente a domicilio (o l'invio presso una struttura a seconda del bisogno assistenziale e delle specifiche condizioni sociali) predisponendo un progetto assistenziale individualizzato e integrato con valenza sociale e sanitaria, costruito sul bisogno.

Il percorso della dimissione protetta deve garantire anche la tutela e l'accompagnamento della famiglia nella gestione della condizione di non autosufficienza, coinvolgendola nel percorso di cura.

La DOP viene indirizzata al domicilio nei seguenti casi:

- A) paziente stabilizzato ma in compenso labile, che necessita di monitoraggio clinico stretto nei primi giorni dopo la dimissione;
- B) paziente in condizioni di fragilità che rientra nel proprio ambiente di vita in presenza di idonea situazione igienico-sanitaria e con un'adeguata rete familiare di sostegno (familiare o altro soggetto in grado di sostenere in maniera efficace il ruolo di care-giver).

In assenza delle condizioni sub A) e sub B) la dimissione protetta viene indirizzata verso una struttura residenziale.

In ogni caso non si può procedere alla dimissione ospedaliera in assenza di preventivo accordo con i servizi territoriali e/o la rete familiare di supporto.

Art. 16 - Modalità di pagamento delle quote di compartecipazione sociale

In conformità a quanto prescritto dal Decreto n. 77/11, modificato dal successivo Decreto n. 81/11, entrambi a firma del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario, salvo diverse disposizioni regionali o del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario (punti 4 e 5 del DCA n. 86/2013), le strutture che erogano prestazioni sociosanitarie soggette alla compartecipazione di cui all'allegato 1C del D.P.C.M. del 29.11.2001, e secondo le disposizioni di cui all'allegato C del Decreto Commissariale 6/2010, autorizzate ad attuare uno o più Progetti Personalizzati redatti dall'UVI devono, in base al richiamato Decreto n. 77/11 come s.m.i., fatturare alla ASL esclusivamente le tariffe dovute per la componente sanitaria, all'Ambito la quota delle tariffe per la componente sociale, all'utente la quota di compartecipazione a suo carico.

L'eventuale quota di compartecipazione a carico dell'utente è calcolata in base al Regolamento di Ambito approvato dal Coordinamento Istituzionale sulla tariffa dovuta per la componente sociale.

La copertura finanziaria delle quote di compartecipazione è assicurata dalla Regione Campania, dall'ASL, dai Comuni e dagli utenti secondo quanto disposto dalla Deliberazione di G.R. Campania n. 50/12 e s.m.i. In caso di utenti inseriti in assistenza residenziale, vale, in raccordo con la normativa vigente, la residenza prima del primo ricovero (permanendo la costanza di ricovero, pur se in strutture diverse) al fine di stabilire il Comune competente ad integrare il pagamento della quota sociale, che l'utente non è in grado di corrispondere per intero.

Art. 17 – Entrata in vigore

Il presente regolamento entra in vigore il giorno successivo all'approvazione da parte dei competenti organi dell'Ambito e del Direttore Generale dell'ASL Caserta. Esso sarà aggiornato in relazione a successive disposizioni che saranno adottate a livello nazionale e regionale.

ART. 18 - Norme di Rinvio

Per tutto quanto non previsto dal presente regolamento, si fa rinvio alla normativa, regolamenti e atti nazionali e regionali in materia di integrazione socio-sanitaria.

Data _____/_____/2016

Per l'Ambito Territoriale C03

Per l'ASL Caserta
