

**AMBITO
TERRITORIALE CO4**

**ASL CASERTA
Distretto Sanitario 15**

*(Comuni di Piedimonte Matese – capofila, Ailano, Alife, Alvignano, Baia Latina, Caiazzo,
Capriati a Volturno, Castel Campagnano, Castel di Sasso, Castello Matese, Ciorlano, Dragoni, Fontegreca,
Formicola, Gallo Matese, Gioia Sannitica, Letino, Liberi, Piana di Monte Verna, Pietramelara, Pontelatone, Prata
Sannita, Pratella, Raviscanina, Riardo, Roccaromana, Ruviano, S. Angelo d'Alife,
San Gregorio Matese, San Potito Sannitico e Valle Agricola)*

APPROVATO UNITAMENTE AL PIANO DI
ZONA DAI CONSIGLI COMUNALI DEI COMUNI
AFFERENTI ALL' AMBITO CO4.

.....

**REGOLAMENTO UNICO PER L' ACCESSO E L'EROGAZIONE
DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI**

(ai sensi dell'art.41 della L.R. Campania n.11/07 e della D.G.R. Campania n. 41/2011)

.....

INDICE

Art. 1 – Ambito di applicazione

Art. 2 – Le prestazioni socio sanitarie: definizione

Art. 3 – Le prestazioni socio sanitarie integrate

Art. 4 – I destinatari

Art. 5 – Accesso e erogazione dei servizi socio-sanitari integrati

Art. 6 - La Porta Unitaria di Accesso

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 socio-sanitario

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 socio-sanitari integrati, ai sensi dell'art. 41 della L.R. Campania n. 11/07, della D.G.R. Campania n. 41/2011, e della D.G.R. Campania n. 790/12 attraverso procedure unitarie e condivise tra l'ASL Caserta - Distretto Sanitario n. 15 e l'Ambito Territoriale.

Art. 2 – Le prestazioni socio sanitarie: definizione

Le prestazioni socio sanitarie si dividono in tre tipologie:

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

Le prestazioni socio sanitarie 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

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

Assistenza semiresidenziale

2. **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;

3. **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:

4. **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;
5. **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;
6. **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;
7. **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;
8. **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 socio-sanitarie integrate.

Art. 4 – I destinatari

I destinatari delle prestazioni socio-sanitarie 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 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 socio-sanitari integrati

L'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti prestazioni socio sanitarie 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)*".

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 socio sanitari 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, fax ed informatica.

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

Il funzionamento della PUA è oggetto di specifico regolamento condiviso dall'Ambito e dall'ASL.

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 ospedaliere, 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 A Scheda di accesso alla D.G.R. Campania n. 790/2012.

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 socio sanitarie 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 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.

La proposta di ammissione può essere redatta compilando direttamente dagli operatori sociali e sanitari per quanto di competenza la scheda SVAMA o la scheda SVAMD approvate con DGRC n. 323/12 e 324/12.

Nei casi di cui all'art. 15 la proposta di ammissione viene trasmessa al Direttore del Distretto dalla Direzione medica 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)

E' istituita l'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.), quale equipe socio-sanitaria multidisciplinare integrata, 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 socio sanitarie 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 dal 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 copertura della quota sociale del Progetto Personalizzato potrà essere assicurata per intero dall'utente o suo familiare/tutore con consenso informato e sottoscrizione di specifica dichiarazione.

Per ogni seduta UVI è redatto specifico verbale secondo lo schema allegato alla D.G.R.C. n. 1811 del 12/10/2007. Per ogni utente valutato in UVI è compilata ed adottata la modulistica SVAMA di cui alla suddetta n. 1811/07.

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.

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 socio-sanitarie 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 l'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 socio sanitaria da parte dell'ASL e dell'Ambito/utente;
- e) trasmette il Progetto Personalizzato al Direttore Sanitario del Distretto 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 socio-sanitaria 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 socio-sanitario

Alla definizione del Progetto personalizzato da parte dell'U.V.I. segue l'erogazione del servizio socio-sanitario autorizzato a cura del Distretto Sanitario e dell'Ambito territoriale.

Il Direttore del Distretto sanitario ed il Coordinatore dell'Ufficio di Piano in caso di progetti di assistenza residenziale e semiresidenziale sottoscrivono congiuntamente specifica autorizzazione secondo modelli, mentre in caso di assistenza domiciliare provvedono in proprio ad attivare le prestazioni di competenza.

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 al DCA n. 86/2013 per le prestazioni soggette a compartecipazione ai sensi del DPCM del 29.11.2001 ed all'allegato C del decreto commissariale n. 6/2010, si applica quanto disposto con i decreti commissariali n. 77 /2011, n. 81/2011 e con delibera di Giunta regionale della Campania n. 50 del 28 febbraio 2012 e, pertanto, le prestazioni soggette a compartecipazione dovranno essere fatturate separatamente alla ASL, per la quota dovuta per la componente sanitaria, ed all'utente / Comune per quella dovuta per la componente sociale.

Il suddetto DCA n. 86/2013 dà atto che l'erogazione per il tramite delle aziende sanitarie locali delle risorse stanziata dalla Regione per garantire l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie gravanti sul fondo sociale regionale per la non autosufficienza, relativamente alla quota sociale a carico dei comuni, fatti salvi i costi a carico degli utenti, prevista dall'art. 1, comma 61, della legge regionale 6 maggio 2013, n. 5, sarà regolata da appositi e successivi provvedimenti regionali, con i quali saranno anche definiti i tempi e le modalità di attuazione della citata previsione legislativa.

L'eventuale quota di compartecipazione a carico dell'utente, da versarsi al Fondo Unico di Ambito (FUA), è calcolata in base a specifico Regolamento di Ambito approvato dal Coordinamento Istituzionale sulla tariffa dovuta per la componente sociale.

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 del Coordinamento Istituzionale 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.

Per l'Ambito Territoriale C6

(timbri e firme)



Per l'ASL Caserta

ASL CASERTA
DISTRETTO SANITARIO N° 15 PIEDIMONTE MATESE
IL DIRETTORE RESPONSABILE
- dott. Emilio FILETTI -