

COMUNE DI MORRA DE SANCTIS
PROVINCIA DI AVELLINO

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO COMUNALE

N. 07 del 22 agosto 2012

OGGETTO: Approvazione regolamento per la compartecipazione alla quota sociale della spesa per prestazioni Socio - Sanitarie e regolamento per l'accesso alle prestazioni Socio - Sanitarie compartecipate.

L'anno **duemiladodici**, il giorno **ventidue** del mese di **agosto**, alle ore 12,05, nella sala consiliare del Comune suddetto. Alla prima convocazione in sessione straordinaria, che è stata partecipata ai Sigg. consiglieri a norma di legge, risultano all'appello nominale:

CONSIGLIERI			CONSIGLIERI		
	Pres.	Ass.		Pres.	Ass.
CAPOZZA Gerardo	X		DI PIETRO Gerardo	X	
CARINO Carmine	X		PENNELLA Pietro	X	
CAPUTO Massimiliano	X		DI SANTO Rocco		X
MARIANI Pietro	X		DI PIETRO Giuseppe		X
Gerardo					
CAPUTO Fiorella	X		GRIPPO Francesco	X	
ZUCCARDI Antonio	X		DE LUCA Giampaolo		X
BRACCIA Angelo	X				
Maria					

PRESENTI n. 10 **ASSENTI** n. 3

Presiede l'adunanza il dott. Gerardo Capozza, nella sua qualità di Sindaco.

Il Presidente, constatato che gli intervenuti sono in numero legale, dichiara aperta la seduta ed invita i Consiglieri a deliberare sull'oggetto sopra indicato.

IL CONSIGLIO COMUNALE

Visti i pareri resi ai sensi dell'art. 49 del D. L. vo 18 agosto 2000, n. 267, così come di seguito riportati:

Per la regolarità tecnica: favorevole.

Fo. i. Lett. Sg. ANGELO DI BASI

Per la regolarità contabile: favorevole.

Fo. i. Lett. Sg. ANGELO DI BASI



Il Sindaco/Presidente ricorda che, nella precedente seduta consiliare, venne rinviata la trattazione di due argomenti: le modifiche allo statuto del consorzio dei servizi sociali "Alta Irpinia" e l'approvazione dei regolamenti concernenti l'accesso e la compartecipazione alle spese relative ai servizi socio – sanitari. Oggi, le modifiche allo Statuto del consorzio dei servizi sociali non sono più necessarie in quanto in sede di conversione del D.L. n. 95/2012 è stata inserita una norma che fa venire meno l'obbligo di soppressione dei consorzi di funzioni che gestiscono servizi sociali. Per tale motivo, all'attenzione del consiglio comunale sono stati portati esclusivamente il Regolamento per la compartecipazione alla quota sociale della spesa per prestazioni Socio – Sanitarie ed il Regolamento per l'accesso alle prestazioni Socio – Sanitarie compartecipate, trasmessi dal Consorzio dei Servizi Sociali "Alta Irpinia", con nota protocollo n. 3484 del 31.05.2012. Precisa che i suddetti regolamenti disciplinano i rapporti tra l'ASL AV ed i Comuni afferenti al Consorzio "Alta Irpinia" per la gestione dei servizi socio sanitari in essi contemplati. Il Sindaco ne propone la presa d'atto ed il recepimento, dandoli per letti. Propone, inoltre, di invitare il consorzio servizi sociali "Alta Irpinia" a determinare, unitamente all'ASL AV, il costo standard per paziente per le prestazioni socio – sanitarie soprattutto in regime residenziale al fine di evitare una incontrollabile lievitazione della spesa, e, in considerazione dei notevoli costi a cui vengono esposti i Comuni in relazione alle spese per la compartecipazione sociale, di chiedere al consorzio dei servizi sociali "Alta Irpinia" di utilizzare le proprie risorse per il pagamento di dette spese, inserendole nella programmazione dell'ente.

Si apre un'ampia ed articolata discussione, nel corso della quale vari consiglieri intervengono concordando con il Sindaco.

In seguito, il consigliere Grippo propone di chiedere al consorzio dei servizi sociali di integrare l'art. 5, comma 2, lett. A), del Regolamento per la compartecipazione alla quota sociale della spesa per prestazioni Socio – Sanitarie, prevedendo tra le prestazioni da non computare ai fini della determinazione del valore del valore I.S.E. - oltre agli emolumenti arretrati relativi a prestazione di lavoro o di pensione, il trattamento di fine rapporto (TFR) e le indennità equipollenti - le pensione estere.

IL CONSIGLIO COMUNALE

- *Udita la relazione del Sindaco Presidente ed il dibattito e le proposte conseguenti;*
- *Visti i regolamenti di che trattasi;*
- *Ritenuto di dover provvedere in merito;*
- *Con la seguente votazione: presenti e votanti n. dieci; favorevoli n. dieci;*

D E L I B E R A

- *Di prendere atto dei seguenti regolamenti:*



- 1) *Regolamento per la compartecipazione alla quota sociale della spesa per prestazioni Socio - Sanitarie;*
- 2) *Regolamento per l'accesso alle prestazioni Socio - Sanitarie compartecipate;*

costituenti parte integrante e sostanziale del presente atto, e di recepirli in toto, dandone comunicazione al Consorzio di Servizi Sociali Alta Irpinia di Lioni con la trasmissione di copia del presente deliberato;

3) di dare mandato al responsabile del settore contabile di appostare nel b.p. 2012 le somme necessarie a far fronte alla quota di compartecipazione alla spesa per le prestazioni Socio - Sanitarie

4) di proporre al consorzio dei servizi sociali "Alta Irpinia":

- *di determinare il costo standard per paziente per le prestazioni socio - sanitarie soprattutto in regime residenziale al fine di evitare una incontrollabile lievitazione della spesa;*
- *in considerazione dei notevoli oneri finanziari a cui vengono esposti i Comuni in relazione alle spese per la compartecipazione sociale, di utilizzare le risorse del Consorzio per il pagamento di dette spese, inserendole nella programmazione dell'ente;*
- *di integrare l'art. 5, comma 2, lett. A) del Regolamento per la compartecipazione alla quota sociale della spesa per prestazioni Socio - Sanitarie, prevedendo tra le prestazioni da non computare ai fini della determinazione del valore del valore I.S.E. - oltre agli emolumenti arretrati relativi a prestazione di lavoro o di pensione, il trattamento di fine rapporto (TFR) e le indennità equipollenti - le pensioni estere.*

Con separata votazione palese, riportante il seguente esito: presenti e votanti n. dieci; favorevoli n. dieci, il presente atto viene reso immediatamente eseguibile.

Ambito Territoriale A2, Consorzio dei servizi sociali Alta Irpinia
REGOLAMENTO PER LA COMPARTECIPAZIONE ALLA QUOTA SOCIALE DELLA SPESA PER PRESTAZIONI
SOCIO-SANITARIE

Articolo 1 – Oggetto

Il presente Regolamento disciplina i criteri per la compartecipazione alla quota sociale della spesa per le prestazioni socio-sanitarie di cui all'articolo 2, da parte della Regione Campania, dei Comuni associati nell'Ambito territoriale A2 e degli utenti beneficiari delle prestazioni.

A tal fine esso fa esplicito riferimento a quanto disposto:

- dalla L.R. 11/2007;
- dal D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 109 e ss.mm.ii.;
- dal D.P.C.M. del 29/11/2001, Allegato 1C;
- dalle Linee di indirizzo in materia di compartecipazione ai servizi sociali e sociosanitari (Allegato C al Decreto n. 6 del 04/02/2010 del Commissario ad acta della Regione Campania per il rientro del disavanzo sanitario);
- ai decreti del Commissario regionale ad acta per il rientro del disavanzo sanitario n. 77 del 11/11/11 e n. 81 del 20/12/11;
- alla D.G.R.C. n. 50 del 28/02/2012;
- al D.D. del Settore Politiche sociali n. 285 del 26/03/12.

Articolo 2 – Ambito di applicazione

Il presente regolamento si applica alle prestazioni socio-sanitarie agevolate, erogate dalla ASL Avellino e dai Comuni associati nell'Ambito A2, su domanda del cittadino interessato o suo tutore legale, per le quali la normativa nazionale prevede lo strumento della compartecipazione ai costi.

La compartecipazione a carico di Regione Campania, cittadini o Comuni di residenza è esclusivamente riferita alle percentuali di spesa sociale sul costo delle singole prestazioni sociosanitarie previste dall'Allegato 1C del D.P.C.M. 29/11/2001 sui L.E.A., che sono le seguenti:

Tipologia	Prestazione	Quota ASL	Quota Regione, utente o Comune
<u>Assistenza Domiciliare</u>	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]	50%	50%
<u>Assistenza semiresidenziale</u>	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali – prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio-riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi	70%	30%
	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	50%	50%
<u>Assistenza residenziale</u>	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con	70%	30%

	problemi psichiatrici e/o delle famiglie – prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale		
	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali – prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi	40%	60%
	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali – prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili privi di sostegno familiare	50%	50%
	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	40%	60%
	Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone con infezione da HIV – prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungo-assistenza in regime residenziale	70%	30%

Per le modalità di accesso ai servizi di cui sopra si fa riferimento al Regolamento per l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie dell'ASL Avellino e dell'Ambito A2.

Articolo 3 – Percentuali di compartecipazione alla spesa sociale

Conformemente alle disposizioni di cui alla D.G.R.C. n. 50 del 28/02/2012, per l'anno 2012 la quota sociale della spesa, come si evince dalla tabella di cui all'articolo 2, è coperta, ~~al netto della quota~~ pagata dagli utenti beneficiari delle prestazioni, secondo i criteri di cui al presente regolamento:

- per il 50% dalla Regione Campania;
- per il ~~restante~~ 50% dai Comuni associati nell'Ambito ~~territoriale~~ A2, secondo criteri stabiliti nella programmazione di ambito.

Ai sensi della D.G.R.C. n. 50/2012, la compartecipazione economica regionale è estendibile anche alle prestazioni prettamente sociali, cui siano indirizzati gli utenti già in carico alle AA.SS.LL., a seguito di rivalutazione in commissione UVI, in quanto maggiormente adeguate ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse e assicurare la efficacia e la qualità del sistema di offerta, nonché la capacità finanziaria.

Per gli anni dal 2013 in poi, fatti salvi eventuali ulteriori disposizioni regionali in contrasto con il presente regolamento, la quota sociale della spesa non coperta da contribuzione degli utenti beneficiari delle prestazioni, secondo i criteri di cui al presente regolamento, è finanziata con risorse erogate dalla Regione Campania a valere sul Fondo Sociale Regionale e dai Comuni associati nell'Ambito territoriale A2 e programmate all'interno del Piano Sociale Regionale triennale.

La compartecipazione da parte degli utenti beneficiari delle prestazioni è determinata in coerenza con quanto previsto dall'Allegato C al Decreto n. 6 del 04/02/2010 del Commissario ad acta della Regione Campania per il rientro del disavanzo sanitario e, pertanto, applicando la normativa di cui al D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 109 e ss.mm.ii. (I.S.E.E.), nonché le ulteriori disposizioni di cui all'articolo 6 del presente regolamento.

Articolo 4 – Criteri per la determinazione del nucleo familiare di riferimento dell'utente beneficiario della prestazione

L'I.S.E.E. da assumere come riferimento per la determinazione della compartecipazione in capo all'utente è quello più vantaggioso tra:

1. il nucleo familiare composto dal richiedente medesimo, dai componenti la famiglia anagrafica ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. 30 maggio n. 223 del 30/05/1989 e del D.P.C.M. n. 227 del 07/05/1999, e dai soggetti considerati a suo carico ai fini IRPEF, anche se non conviventi, combinando i redditi ed i patrimoni di tutti i componenti, calcolati, nel rispetto della Tabella 1 allegata al D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 109, così come modificata dal D.Lgs. 130/2000;
2. il nucleo familiare composto dal solo richiedente la prestazione, se si tratta di persona con handicap permanente grave, di cui all'articolo 3, comma 3, della L. n. 104/1992, accertato ai sensi dell'articolo 4 della stessa legge, nonché di persona ultra sessantacinquenne, la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dall'ASL Avellino.

Il richiedente la prestazione presenta un'unica dichiarazione sostitutiva di validità annuale. E' lasciata allo stesso la facoltà di presentare, prima della scadenza, una nuova dichiarazione, qualora intenda far rilevare mutamenti delle condizioni familiari ed economiche ai fini del calcolo I.S.E.E..

Il Comune e/o l'ASL tengono conto della variazione dal mese successivo a quello di presentazione.

Il Comune e/o l'ASL possono richiedere una nuova dichiarazione quando intervengono rilevanti variazioni delle condizioni familiari ed economiche ai fini del calcolo I.S.E.E..

Articolo 5 – Determinazione del valore I.S.E. e del valore I.S.E.E.

Per il calcolo dell'Indicatore della situazione economica (ISE) si utilizza la seguente formula: $ISE = R + 0,2 P$, dove R è il reddito e P il patrimonio, calcolati come di seguito specificato.

Il valore del reddito (R) si ottiene sommando, per ciascun componente il nucleo familiare, ovvero per il solo richiedente:

- a) il reddito complessivo ai fini IRPEF, quale risulta ~~dall'ultima dichiarazione presentata~~ (Unico: Rigo RNI 730: quadro calcolo IRPEF, Rigo 6), al netto dei redditi agrari relativi alle attività indicate dall'art. 2135 del Codice Civile svolte anche in forma associata, dai ~~soggetti produttori agricoli titolari di partita IVA, obbligati alla~~ presentazione della dichiarazione ai fini dell'IVA. ~~In mancanza di obblighi di dichiarazione dei redditi, vanno~~ assunti i redditi imponibili ai fini IRPEF risultanti dall'ultima certificazione rilasciata dai soggetti erogatori. Salvo diversa disposizione legislativa, non sono da computare gli emolumenti arretrati relativi a prestazione di lavoro o di pensione, il trattamento di fine rapporto (TFR) e le indennità equipollenti;
- b) il reddito di lavoro prestato nelle zone di frontiera ed in altri Paesi limitrofi da ~~soggetti residenti nel territorio~~ dello Stato;
- c) i proventi derivanti da attività agricole, svolte anche in forma associata, per le quali sussiste l'obbligo di presentazione della dichiarazione IVA; a tal fine va assunta la base imponibile determinata ai fini dell'IRAP, al netto dei costi del personale a qualunque titolo utilizzato;
- d) il reddito da attività finanziarie, determinato applicando il tasso di rendimento annuo dei titoli decennali del Tesoro (4,06% per l'anno 2009) al patrimonio mobiliare;

Il valore del patrimonio (P) si calcola sommando, per ciascun componente il nucleo familiare, ovvero per il solo richiedente:

- a) patrimonio immobiliare: il valore dei fabbricati e dei terreni edificabili e agricoli, intestati a persone fisiche diverse da imprese, quale definito ai fini ICI al 31/12 dell'anno precedente a quello di presentazione della dichiarazione sostitutiva, indipendentemente dal periodo di possesso nel periodo di imposta considerato. Dal valore così determinato si detrae l'ammontare dell'eventuale debito residuo, alla stessa data del 31 dicembre, per mutui contratti per i predetti fabbricati; in alternativa alla detrazione per il debito residuo del mutuo, è detratto, se più favorevole, il valore dell'abitazione principale, come sopra definito, nel limite di euro 100.000.000=. Se i componenti del nucleo risultano risiedere in più abitazioni la detrazione si applica su una di



tali abitazioni, individuata dal richiedente. Nel caso di possesso dell'abitazione principale in misura inferiore al 100% la detrazione sarà rapportata a detta quota;

patrimonio mobiliare: la somma delle componenti di seguito specificate, possedute alla data del 31 dicembre dell'anno precedente alla presentazione della dichiarazione sostitutiva unica:

- Depositi e conti correnti bancari e postali, per i quali va assunto il valore del saldo contabile attivo, al netto degli interessi;
- Titoli di Stato, Obbligazioni, certificati di deposito e credito, buoni fruttiferi ed assimilati, per i quali va assunto il valore nominale delle consistenze;
- Azioni o quote di organismi di investimento collettivo di risparmi italiani o esteri, per i quali va assunto il valore risultante dall'ultimo prospetto redatto dalla società di gestione;
- Partecipazioni azionarie in società non quotate in mercati regolamentati e partecipazioni in società non azionarie, per i quali va assunto il valore della frazione del patrimonio netto, determinato sulla base delle risultanze dell'ultimo bilancio approvato anteriormente alla presentazione della dichiarazione sostitutiva, ovvero in caso di esonero dall'obbligo di redazione del bilancio, determinato dalla somma delle rimanenze finali e dal costo complessivo dei beni ammortizzabili al netto di relativi ammortamenti, nonché degli altri cespiti o beni patrimoniali;
- Masse patrimoniali, costituite da somme di denaro o beni non relativi all'impresa affidate in gestione ad un soggetto abilitato ai sensi del D.Lgs. n. 415 del 1996, per le quali va assunto il valore delle consistenze risultanti dall'ultimo rendiconto predisposto, secondo i criteri stabiliti dai regolamenti emanati dalla Commissione Nazionale per le società e la Borsa, dal gestore del patrimonio;
- Altri strumenti e rapporti finanziari per i quali va assunto il valore decorrente alla data del 31 dicembre, nonché contratti di assicurazione mista sulla vita e di capitalizzazione per i quali va assunto l'importo dei premi complessivamente versati a tale ultima data; sono esclusi i contratti di assicurazione mista sulla vita per i quali alla medesima data non è esercitabile il diritto di riscatto;
- Imprese individuali per le quali va assunto il valore del patrimonio netto, determinato con le stesse modalità indicate al punto 5;

Dalla somma dei valori del patrimonio mobiliare si detrae, fino a concorrenza, una franchigia di Euro 15.493,70. L'importo così determinato (patrimonio immobiliare + patrimonio mobiliare) è moltiplicato per lo specifico coefficiente di 0,2.

L'indicatore della situazione economica equivalente (I.S.E.E.) è calcolato sulla base della seguente formula: $I.S.E.E. = I.S.E./S$, dove S tiene conto della composizione del nucleo familiare secondo la seguente scala di equivalenza:

Componenti nucleo familiare	Valore di S
1	1,00
2	1,57
3	2,04
4	2,46
5	2,85

Il parametro S viene maggiorato nel modo seguente:

- + 0,35 per ogni ulteriore componente del nucleo familiare;
- + 0,20 in caso di presenza nel nucleo di un solo genitore e figli minore,
- + 0,50 per ogni componente con handicap psicofisico permanente di cui all'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992 o d'invalidità superiore al 66%;

+ 0,20 per i nuclei familiari con figli minori in cui entrambi i genitori svolgono attività di lavoro o d'impresa. La maggiorazione spetta quando i genitori risultino titolari di reddito per almeno 6 mesi nel periodo afferente la dichiarazione sostitutiva. Spetta altresì al nucleo composto da un genitore ed un figlio minore, purché il genitore dichiari un reddito di lavoro dipendente o d'impresa per almeno 6 mesi.

Articolo 6 – Determinazione della quota di compartecipazione, da parte dei richiedenti, alla parte sociale della spesa per i servizi domiciliari e semiresidenziali

La compartecipazione alla quota sociale della spesa da parte dei richiedenti prestazioni per i servizi domiciliari e semiresidenziali è calcolata in base al trattamento minimo della pensione INPS, il cui ammontare è pari ad € 480,53 per l'anno 2012¹ ed è aggiornato anno per anno.

La compartecipazione è la seguente:

- a) nessuna forma di compartecipazione a carico dei richiedenti che hanno un ISEE inferiore dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS (€ 6.246,89);
- b) compartecipazione pari al 100% della quota sociale della spesa a carico dei richiedenti che hanno un ISEE superiore a € 16.983,74;
- c) per qualsiasi valore ISEE compreso tra le soglie di cui ai precedenti punti a) e b) il soggetto richiedente la prestazione è tenuto a corrispondere una quota di compartecipazione alla parte sociale della spesa per il servizio strettamente correlata alla propria situazione economica e scaturente dalla seguente formula:

$$\text{Comp } i j = \text{I.S.E.E.}i * \text{CS}0 / \text{I.S.E.E.}0$$

dove:

- Comp i j rappresenta la quota di compartecipazione del soggetto i relativa alla prestazione sociale j;
- I.S.E.E.i rappresenta l'indicatore della situazione economica equivalente del richiedente;
- CS 0 rappresenta il costo unitario della prestazione sociale agevolata;
- I.S.E.E.0 rappresenta la soglia massima dell'indicatore situazione economica equivalente oltre la quale è previsto il pagamento della prestazione sociale agevolata.

Articolo 7 – Determinazione della quota di compartecipazione, da parte dei richiedenti, alla parte sociale della spesa per i servizi residenziali

La compartecipazione alla quota sociale della spesa da parte dei richiedenti prestazioni per i servizi residenziali è calcolata in base all'indennità di accompagnamento e al trattamento minimo della pensione INPS, il cui ammontare è pari ad € 480,53 per l'anno 2012² ed è aggiornato anno per anno.

La compartecipazione è la seguente:

1. Per i soggetti non titolari d'indennità di accompagnamento si applicano i criteri previsti all'art. 6.
2. Per i soggetti titolari della indennità di accompagnamento (L. 11 febbraio 1980, n. 18), si procede come segue:
 - a) compartecipazione pari al 75% dell'indennità di accompagnamento a carico dei richiedenti che hanno un ISEE inferiore alla soglia di esenzione di cui all'art. 6, lettera a);
 - b) compartecipazione pari al 100% della quota sociale della spesa a carico dei richiedenti che hanno un ISEE superiore alla soglia di cui all'art. 6, lettera b);
 - c) per qualsiasi valore ISEE compreso tra le soglie di cui ai precedenti punti a) e b) il soggetto richiedente la prestazione è tenuto a corrispondere una quota di compartecipazione alla parte sociale della spesa per il servizio strettamente correlata alla propria situazione economica e scaturente dalla seguente formula:

$$\text{Comp } i j = \text{I.S.E.E.}i + \text{IA} * \text{CS}0 / \text{I.S.E.E.}0$$

¹ Vedasi Circolare INPS n. 10 del 2 febbraio 2012.

² Vedasi Circolare INPS n. 10 del 2 febbraio 2012.

dove:

- $Comp\ i\ j$ rappresenta la quota di compartecipazione del soggetto i relativa alla prestazione sociale j ;
- $I.S.E.E.i$ rappresenta l'indicatore della situazione economica equivalente del richiedente;
- IA rappresenta l'indennità annua di accompagnamento;
- $CS\ 0$ rappresenta il costo unitario della prestazione sociale agevolata;
- $I.S.E.E.0$ rappresenta la soglia massima dell'indicatore situazione economica equivalente oltre la quale è previsto il pagamento della prestazione sociale agevolata.

Articolo 8 – Quota di compartecipazione comunale

Ciascun Comune dell'Ambito territoriale A2 apposta nel bilancio di previsione annuale una somma sufficiente a coprire la quota sociale della spesa residuale rispetto alle risorse regionali e alla compartecipazione degli utenti beneficiari delle prestazioni.

La somma stanziata annualmente è comunicata dal Responsabile finanziario di ciascun Comune al Consorzio Alta Irpinia entro il termine perentorio di 15 giorni dall'avvenuta approvazione del bilancio di previsione ed è trasferita entro il termine perentorio di 15 giorni dalla richiesta del Consorzio medesimo.

La spesa a carico dei Comuni è calcolata su base annua in relazione alle quote dovute per il primo trimestre. Detto importo è comunicato a ciascun Comune dal Consorzio, una volta che quest'ultimo ha acquisito i dati da parte dell'ASL Avellino.

La compartecipazione a carico degli utenti decorre dall'entrata in vigore del presente Regolamento.

Articolo 9 – Modalità di pagamento

Ai sensi e per gli effetti della D.G.R.C. n. 50 del 28/02/2012, a partire dal 1° gennaio 2012 è fatto obbligo alle 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 Comissariale 6/2010, di fatturare alla ASL nel cui territorio opera la struttura esclusivamente le tariffe dovute per la componente sanitaria, e all'Ambito/Comune/utente la restante quota delle tariffe per la componente sociale. Tali modalità di fatturazione sono in vigore per le prestazioni rese a partire dal 1 maggio 2012, ovvero a partire da altra data successivamente stabilita dall'ASL Avellino.

Per le prestazioni rese nel periodo 1 gennaio – 30 aprile 2012 la quota mensile di competenza dell'Ambito/Comune e/o utente relativa alla prestazione sociosanitaria erogata nelle strutture socio sanitarie aziendali, dovrà essere versata attraverso bonifico bancario IBAN n. IT89P0760115100000013435839 o CCP n 13435839, intestato all'ASL Avellino, inserendo obbligatoriamente la causale "quota sociale per (cognome, nome, data di nascita, comune di residenza dell'utente) con ricovero (specificare tipologia) nel periodo (specificare mese ed anno) nella struttura (denominazione struttura)". Copia del versamento dovrà essere consegnata al Distretto Sanitario territorialmente competente ed alla Direzione Sanitaria della struttura.

Articolo 10 – Controlli

Sulle dichiarazioni sostitutive uniche, nonché sulle ulteriori dichiarazioni presentate ai fini della determinazione della compartecipazione dei richiedenti alla parte sociale della spesa sono effettuati controlli, anche a campione, da parte dell'Ambito A2.

A tal fine l'Ambito A2 procede alla verifica telematica delle situazioni reddituali presso l'Agenzia delle Entrate e stipula accordi con i Comandi della Guardia di Finanza per le ulteriori verifiche patrimoniali.

Qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, l'ente adotta ogni misura utile atta a sospendere, revocare e a recuperare i benefici concessi.

Articolo 11 – Informativa sulla Privacy

Ai sensi del Codice sulla privacy, D.Lgs. n. 196/2003, si informano i richiedenti il servizio che:

- a) i dati personali forniti dai richiedenti il servizio sono raccolti esclusivamente per la procedura di valutazione necessaria ai fini dell'eventuale ammissione;
- b) il conferimento dei dati ha natura obbligatoria; la sua mancanza comporta l'impossibilità di attivare il servizio;
- c) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono:
 - il personale delle amministrazioni sanitaria e comunale interessato al procedimento;
 - ogni altro soggetto che vi abbia interesse ai sensi della legge n. 241/1990 e ss.mm.ii.;
- d) i diritti dell'interessato sono quelli di cui al codice sulla privacy;
- e) il responsabile del trattamento è il Direttore, mentre gli incaricati sono i soggetti da esso designati all'interno dell'ente.

Articolo 12 – Entrata in vigore

Il presente regolamento entra in vigore a seguito dell'avvenuta esecutività dell'atto di approvazione da parte dell'Assemblea del Consorzio.

Articolo 13 – Rinvio

Per quanto non previsto nel presente regolamento si fa riferimento alla normativa vigente in materia.

Il regolamento potrà essere successivamente modificato a richiesta di una o di tutte le parti coinvolte.



Ambito Territoriale A2, Consorzio dei servizi sociali Alta Irpinia
REGOLAMENTO PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE COMPARTECIPATE

Articolo 1 (Obiettivi)

I percorsi integrati socio sanitari si realizzano attraverso procedure unitarie e condivise tra ASL e Comuni associati in Piani di Zona Sociali, per l'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti prestazioni socio sanitarie. Il presente regolamento definisce le procedure operative per l'attuazione del percorso integrato e per l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie.

Articolo 2 (Definizioni di prestazioni socio sanitarie)

L'insieme delle prestazioni socio sanitarie si caratterizzano in tre tipologie a seconda della maggiore o minore presenza di fattori sociali o sanitari. Le prestazioni sono individuate quali:

1. prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
2. prestazioni sociali a rilevanza sanitarie
3. 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.

In tale ambito le azioni che vanno poste in essere, nel progetto individuale d'intervento, sono caratterizzate dal concorso di più apporti professionali sociali e sanitari, tali da rendere la prestazione inscindibile e indivisibile. Di queste prestazioni alcune vengono definite *prestazioni socio – sanitarie compartecipate*.

Le prestazioni socio – sanitarie compartecipate sono quelle prestazioni 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 AA.SS.LL. e di utenti/Comuni (DPCM 14.02.01 e allegato 1 C del DPCM 29.11.01).

Attengono prevalentemente alle aree:

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

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, nelle tre categorie suddette:

Assistenza Domiciliare:

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:

- 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.

Articolo 3 (Porta Unitaria d'accesso)

La Porta Unitaria di Accesso (PUA), come definito dalla Legge Regionale 11/2007, "va intesa come 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".

La PUA rappresenta quindi l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e compartecipata (di natura domiciliare, residenziale e semiresidenziale).

Laddove non sia ancora attivata la PUA, la richiesta di accesso arriva e viene inoltrata all'UVI direttamente dalle UU.OO. distrettuali competenti, utilizzando la scheda di cui all'allegato 1. In attesa della definizione di una scheda unica regionale ogni distretto utilizza la modulistica precedentemente in uso.

Articolo 4 (Unità di Valutazione Integrata)

L'Unità di Valutazione Integrata (UVI) 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 individuale (PAI).

L'UVI, 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.

L'UVI si riunisce di norma presso il Distretto Sanitario, salvo diverse esigenze per le quali risulti opportuno utilizzare un'altra sede sanitaria territoriale o extraterritoriale (strutture residenziali extra ASL), ovvero presso la sede dei servizi sociali territoriali coinvolti, nonchè presso il domicilio del richiedente la prestazione.

La composizione delle UU.VV.II. è oggetto di una comunicazione annuale alla Regione da parte di ogni Piano di Zona, controfirmata dal Direttore di Distretto Sanitario competente territorialmente.

Articolo 5 (Accesso alle prestazioni)

Gli attori della PUA devono discriminare il bisogno espresso dal cittadino (*valutazione di primo livello*) e 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 ai servizi – sanitari o sociali – ovvero l'attivazione della valutazione multidimensionale, finalizzata ad una presa in carico integrata.

Ad un bisogno semplice corrisponde l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o sociali che non richiedono una valutazione multidimensionale; ad un bisogno complesso, invece, corrisponde l'erogazione di prestazioni integrate sociali e sanitarie, per il quale è necessaria la definizione di un progetto personalizzato in sede di UVI, che preveda il coinvolgimento di molteplici professionalità.

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, ecc.; strutture residenziali);
- da altri servizi sociali dell'ambito territoriale.

La richiesta è effettuata attraverso una modulistica appositamente elaborata, contenente:

- a) Dati anagrafici e recapiti del cittadino (nome e cognome, codice fiscale, n. telefono, ecc.);
- b) Indicazione di chi ha effettuato la segnalazione (cittadino; familiare ecc.);
- c) Tipo di bisogno/domanda espressa/verbalizzata (in sintesi);
- d) Invio diretto ai servizi sanitari o sociali nel caso di bisogno semplice; -----
- e) Attivazione del percorso integrato di presa in carico nel caso di bisogno complesso.

In tutti i casi in cui la segnalazione/richiesta non è stata effettuata dal diretto interessato, occorre prevedere di acquisire la liberatoria affinché PUA e UVI possano operare il processo d'integrazione socio-sanitaria.

È opportuno in tal senso che la modulistica unica adottata per la domanda di accesso preveda un campo in cui il cittadino o il suo tutore giuridico esprima 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.

Articolo 6 (Ammissione alle prestazioni socio sanitarie)

In seguito alla valutazione di primo livello, nel caso di risposta complessa, viene formulata la Proposta di Ammissione alle prestazioni socio sanitarie.

La proposta di ammissione è formulata dall'UO distrettuale competente o dal Servizio Sociale Professionale, in raccordo con il Medico di Medicina Generale, stante il consenso informato ed il rispetto della privacy del diretto interessato. La proposta è inviata al Direttore del Distretto Sanitario (o suo delegato) e al Coordinatore dell'Ufficio di Piano (o suo delegato).

La convocazione dell'UVI è affidata al Direttore del Distretto Sanitario o suo delegato.

La Proposta di ammissione contiene, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso, le seguenti



informazioni:

- ☐ bisogno/problema rilevato;
- ☐ prima valutazione sulla presenza dei requisiti per l'attivazione delle prestazioni socio sanitarie;
- ☐ prima ipotesi di intervento;
- ☐ tempi di attivazione dell'UVI.

Sulla base della proposta per l'ammissione alle prestazioni socio sanitarie viene convocata l'UVI entro il limite massimo di 72 ore dalla richiesta. 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.

Articolo 7 (Valutazione multidimensionale a cura delle UVI e l'individuazione del Case Manager)

La valutazione multidimensionale, attivata nel caso in cui si ravvisino problemi complessi che richiedono una valutazione delle diverse dimensioni sanitario-assistenziali-sociali, rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Personalizzato.

Detta valutazione è effettuata da un team multiprofessionale, l'Unità di Valutazione Integrata (UVI), con competenze multi-disciplinari, in grado di leggere le esigenze di persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale.

Va istituita almeno una UVI per ogni distretto sanitario, secondo quanto definito nei Piani di Zona e nei PAT.

All'UVI devono partecipare i seguenti componenti:

Per la parte sanitaria:

- Medico di Medicina generale/Pediatra di Libera Scelta;
- Medico dell'U.O. distrettuale competente, formalmente delegato alla spesa da parte del Direttore del Distretto.

Per la parte sociale:

- Assistente sociale e/o referente d'area per l'integrazione sociosanitaria individuato dall'Ambito territoriale;
- Rappresentante dell'Ambito territoriale, formalmente delegato alla spesa ai sensi della DGRC 50/2012;
- Rappresentante del comune di residenza storica dell'utente;
- Utente e/o familiare di riferimento, munito di certificazione ISEE di cui al regolamento di compartecipazione comunale alla spesa sociosanitaria ex decreto n. 6/2010.

In caso di ricovero presso strutture socio sanitarie accreditate e/o contrattualizzate, se il Direttore del Distretto ne ravvede la necessità, potrà intervenire all'UVI il rappresentante della struttura, per acquisire gli estremi del comune/utente per la fatturazione della quota sociale.

La normativa regionale (D.G.R.C. n. 50 del 28/02/2012) considera obbligatoria la partecipazione alle Unità di Valutazione Integrata e necessario l'assenso del rappresentante di ogni ente al progetto individuale concertato nell'UVI stessa, ai fini dell'erogazione della prestazione e della relativa assunzione di spesa. Nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito, formalmente convocato, risulti assenti 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.

L'UVI può essere integrata, con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche o altre figure necessarie legate alla valutazione del singolo caso.

L'atto di convocazione delle UVI 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'UVI, in particolare:

- effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente 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;
- stabilisce la percentuale di compartecipazione alla spesa socio-sanitaria da parte dell'ASL e dell'Ambito/comune/utente.



La *valutazione multidimensionale* è effettuata con strumenti specifici, al fine di rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione, strumenti resi disponibili dalla Regione Campania sulla base delle sperimentazioni già effettuate con la scheda SVAMA e la classificazione ICF.

Considerato che, di norma, la presa in carico deve avvenire entro 20 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.

In sede di UVI viene individuato il *Case Manager o Responsabile del caso*, un professionista che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona in carico al servizio. Egli ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. È fondamentale che sappia costruire un dialogo costante con la persona assistita e/o la sua famiglia.

Il case manager assicura che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, senza sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti di assistenza.

È importante distinguere tra la responsabilità clinica del caso, che rimane in capo al Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta (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 in sede UVI ed è all'UVI che deve direttamente rispondere funzionalmente 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.

Articolo 8 (Redazione del Progetto Personalizzato)

Alla valutazione multidimensionale segue l'elaborazione del Progetto Personalizzato.

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. In vista di una informatizzazione del sistema la Regione provvederà ad elaborare uno strumento di riferimento (un modulo predefinito digitale) per la sua redazione.

L'UVI, nel rispetto di quanto definito nel decreto n. 49/2010 del Commissario di Governo nominato con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24/04/2010, ha i seguenti compiti:

- 1) Definisce gli indicatori di accesso utili ad individuare priorità e tempi necessari alla valutazione;
- 2) Applica gli strumenti idonei e standardizzati per la valutazione multidimensionale (schede e scale di valutazione sanitaria e sociale: SVAMA, ICF);
- 3) Elabora il PAI;
- 4) Individua il Case Manager responsabile distrettuale della presa in carico deputato a seguire il percorso del PAI di cui è il garante. Verifica costantemente la corrispondenza tra gli obiettivi prefissati, i risultati raggiunti e le risorse impiegate;
- 5) individua il Care Manager deputato a seguire il processo di assistenza e di attuazione degli interventi previsti nel PAI nella figura preferibilmente del MMG/PLS;



- 6) Trasmette il PAI per l'autorizzazione, al Direttore Sanitario del Distretto il quale provvederà, se non già ottenuta dal rappresentante del comune o del PdZ in commissione UVI, ad ottenere l'autorizzazione di competenza dal responsabile del PdZ di riferimento per la definitiva attivazione del PAI;
- 7) Acquisisce 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;
- 8) Verifica e rivaluta l'andamento complessivo del PAI secondo tempi di revisione definiti nel PAI stesso. Da tali rivalutazioni può scaturire un nuovo PAI modificativo del precedente;
- 9) Stabilisce le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- 10) Provvede alla tenuta ed archiviazione dei fascicoli personali dei pazienti

Il PAI contiene sempre:

- Obiettivi essenziali da raggiungere;
- Tipologia della prestazione;
- Durata presumibile degli interventi assistenziali;
- Tempi di verifica dell'andamento del PAI stesso.
- Anamnesi del Medico di Medicina Generale (M.M.G.) o del Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.);
- Anamnesi socio-ambientale del singolo e/o del nucleo familiare a cura dei servizi sociali d'ambito;
- Diagnosi socio-sanitaria;
- Diagnosi sociale;
- Individuazione risorse personali;
- Individuazioni risorse familiari;
- Indicatore della situazione economica del singolo e/o del nucleo familiare di riferimento (I.S.E. e I.S.E.E.);
- Obiettivi dell'intervento integrato;
- Metodologia;
- Prestazione sanitaria dettagliata e operatori coinvolti;
- Prestazione sociale dettagliata e operatori coinvolti;
- 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 (es. Unità Valutazione Geriatrica, scheda di rischio sociale, schede operative della pediatria di comunità).

Con il consenso informato si conclude la fase preliminare della presa in carico del cittadino, che deve essere conclusa, come già indicato al paragrafo precedente, entro 20 giorni dalla data della richiesta di accesso.

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 ratificate dall'UVI.

Copia del Progetto Personalizzato è conservata presso l'UVI in un fascicolo personale, nel quale è conservata 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).

Copia dello stesso progetto 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.

Articolo 8 (Fatturazione prestazioni residenziali socio sanitarie)

Ai sensi e per gli effetti della D.G.R.C. n. 50 del 28/02/2012, a partire dal 1° gennaio 2012 è fatto obbligo alle 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, di fatturare alla ASL nel cui territorio

opera la struttura esclusivamente le tariffe dovute per la componente sanitaria, e all'Ambito/Comune/utente la restante quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali di seguito riportate:

	ASL	Comune/utente
Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP) per prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona	50%	50%
Servizi semiresidenziali per disabili fisici psichici e sensoriali per prestazioni diagnostiche terapeutiche e socioriabilitative	70%	30%
Servizi semiresidenziali per anziani e demenze: per prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti ivi compresi interventi di sollievo	50%	50%
Servizi residenziali per disabili fisici psichici e sensoriali: prestazioni terapeutiche e socioriabilitative per disabili gravi	70%	30%
Servizi residenziali per disabili fisici psichici e sensoriali: prestazioni terapeutiche e socioriabilitative per disabili privi di sostegno	40%	60%
Servizi residenziali a favore di anziani per prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti ivi compresi interventi di sollievo	50%	50%
Servizi residenziali per persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie per prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale	40%	60%
Servizi residenziali a persone affette da AIDS per prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza	70%	30%

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 e della relativa fatturazione.

Tali modalità di fatturazione sono in vigore per le prestazioni rese a partire dal 1 maggio 2012, ovvero a partire da altra data successivamente stabilita dall'ASL Avellino. Per le prestazioni rese nel periodo 1 gennaio – 30 aprile 2012 vale quanto stabilito al successivo articolo 10.

Articolo 10 (Modalità di Versamento all'ASL delle Quote di Compartecipazione Sociale per i ricoveri presso strutture sociosanitarie dell'ASL)

La quota mensile di competenza dell'Ambito/Comune e/o utente relativa alla prestazione sociosanitaria erogata nelle strutture socio sanitarie aziendali, dovrà essere versata al termine del mese successivo a quello di riferimento, attraverso bonifico bancario IBAN n. IT89P0760115100000013435839 o CCP n 13435839, intestato all'ASL Avellino, inserendo obbligatoriamente la causale "quota sociale per (cognome, nome, data di nascita, comune di residenza dell'utente) con ricovero (specificare tipologia) nel periodo (specificare mese ed anno) nella struttura (denominazione struttura)".

Copia del versamento dovrà essere consegnata al Distretto Sanitario territorialmente competente ed alla Direzione Sanitaria della struttura.

Articolo 11 (Approvazione Regolamento)

Il presente regolamento è approvato con atto dell'Assemblea del Consorzio Alta Irpinia. Esso entra in vigore a seguito dell'avvenuta esecutività dell'atto di approvazione.

Articolo 12 (Informativa sulla Privacy)

Ai sensi del Codice sulla privacy, D.Lgs. n. 196/2003, si informano i richiedenti il servizio che:

- i dati personali forniti dai richiedenti il servizio sono raccolti esclusivamente per la procedura di valutazione necessaria ai fini dell'eventuale ammissione;
- il conferimento dei dati ha natura obbligatoria; la sua mancanza comporta l'impossibilità di attivare il servizio;
- i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono:

- il personale delle amministrazioni sanitaria e comunale interessato al procedimento;
 - ogni altro soggetto che vi abbia interesse ai sensi della legge n. 241/1990 e ss.mm.ii.;
- d) i diritti dell'interessato sono quelli di cui al codice sulla privacy;
- e) il responsabile del trattamento è il Direttore del Consorzio, mentre gli incaricati sono i soggetti da esso designati all'interno dell'ente.

Articolo 13 – Rinvio

Per tutto quanto non previsto dal presente regolamento si fa rinvio alle vigenti disposizioni di legge e a protocolli operativi specifici demandati alla competenza dei distretti sanitari e degli ambiti sociali di riferimento.

Costituiscono allegati al presente regolamento i documenti che compongono la modulistica redatta dall'ASL Avellino e approvata con la Deliberazione del Direttore Generale n. 570 del 26/04/12:

- 1) Set minimo per scheda di accesso P.U.A. al sistema dei servizi;
- 2) Modulo di richiesta di ricovero in RSA/CD Aziendali;
- 3) Progetto Assistenziale Individuale;
- 4) Moduli di accettazione al ricovero in R.S.A. /C.D./Strutture a bassa intensità assistenziale, Salute Mentale/ADI e alla compartecipazione alla spesa sociosanitaria;
- 5) Comunicazione dell'ASL di avvenuta autorizzazione al trattamento.

Si attesta che la spesa di cui al presente atto è coperta finanziariamente ed è stato registrato l'impegno sul c/c del corrente bilancio finanziario.

Il Responsabile dell'Ufficio Ragioneria

atto, approvato e sottoscritto:



IL PRESIDENTE

Dott. GERARDO CAPOZZA

IL SEGRETARIO COMUNALE

Dr. DE VITO Nicola

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto Segretario Comunale, in qualità di Ufficio, attesta che copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio Comunale il giorno 24/08/2012 la prima pubblicazione di quindici giorni consecutivi.

Il Municipio



IL SEGRETARIO COMUNALE

24/08/2012
ESECUTIVO
Dr. DE VITO Nicola

Il Segretario Comunale attesta che la presente deliberazione è divenuta esecutiva

perché dichiarata immediatamente eseguibile (art. 47 comma 1)

secondo 10 giorni dalla pubblicazione (art. 47 comma 2).

secondo 20 giorni dalla notifica da parte del CO.RE.CO.

1) dell'atto (art. 47 comma 1).

2) dei chiarimenti o elementi integrativi di giudizio richiesti (art. 46) senza che sia stata comunicata l'adozione di provvedimento di annullamento

avendo il CO.RE.CO. comunicato di non aver riscontrato vizi di legittimità (art. 46, comma 5).

La Residenza Municipale

IL SEGRETARIO COMUNALE

Dr. DE VITO Nicola

APPROVAZIONE

Rezione Comunale Sezione di controllo di Avellino

24/08/2012 08/09/2012

Dr. DE VITO Nicola