



Regione Campania



Azienda Sanitaria Locale
BN 1



Ambito Territoriale B2

**REGOLAMENTO 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)

TRA

AZIENDA SANITARIA LOCALE BN1

E

AMBITO TERRITORIALE B2 – Comune Capofila SAN GIORGIO DEL SANNIO

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– La proposta di ammissione

Art. 8 – L’Unità di Valutazione Integrata (UVI)

Art. 9 – Convocazione dell’UVI

Art. 10 – Compiti dell’UVI e l’individuazione del Responsabile del caso

Art. 11 – Il Progetto personalizzato

Art. 12 - L'erogazione del servizio socio-sanitario

Art. 13 – Liste d’attesa

Articolo 14 - Composizione e funzioni del Coordinamento e dell’Ufficio socio-sanitario integrato

Art. 15 - Modalità di pagamento delle quote di compartecipazione sociale

Art. 16 – Entrata in vigore

Art. 17 - 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 e della D.G.R. Campania n. 41/2011, attraverso procedure unitarie e condivise tra l'ASL BENEVENTO e l'Ambito Territoriale B2

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 sanitaria.
- 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 ad elevata integrazione sanitaria*. 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

- **Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)** –e) prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona – 50% a carico dell'ASL e 50% a carico dell'utente/comune;

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 (Centri Diurni Integrati per disabili) - 70% a carico dell'ASL e 30% a carico dell'utente/comune;
- **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 (Centri Diurni Integrati per anziani) - 50% a carico dell'ASL e 50% a carico dell'utente/comune;

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 (Residenza Sanitaria Assistita) - 40% a carico dell'ASL e 60% a carico dell'utente/comune;
- **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 (Residenza Sanitaria Assistita) - 70% a carico dell'ASL e 30% a carico dell'utente/comune;
- **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 (Residenza Sanitaria Assistita) - 40% a carico dell'ASL e 60% a carico dell'utente/comune;
- **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 (Residenza Sanitaria Assistita) - 50% a carico dell'ASL e 50% a carico dell'utente/comune;
- **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 (Residenza Sanitaria Assistita) - 70% a carico dell'ASL e 30% a carico dell'utente/comune.

Art. 4 – I destinatari

I destinatari delle prestazioni socio-sanitarie integrate sono cittadini residenti nei Comuni associati degli Ambiti afferenti ai Distretti Sanitari in stato di bisogno sociosanitario complesso, con particolare riferimento ai soggetti fragili, in condizione di dipendenza e non autosufficienza. In caso di utenti presi in carico, si considera, ai sensi della normativa vigente, la residenza all'atto del primo ricovero (L. 328/2000, art. 6, comma 4).

Art. 5 – Accesso per l'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 attraverso:

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

Art. 6 - La Porta Unitaria di Accesso (PUA)

Preso atto del DGRC n. 790/2012, la PUA è una struttura di snodo dell'offerta dei servizi alla persona e svolge, attraverso sportelli unificati, i compiti di ascolto delle persone, vigilanza sul rischio di burocratizzazione, informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti (sociali, sanitari e sociosanitari).

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

La 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 (*cf. allegato 1 e allegato A SVAMA/SVAMDI*), approvato con D.G.R. Campania n. 41/2011.

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.

Gli attori della Porta Unitaria di Accesso devono valutare 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 un'attività integrata con la partecipazione sia del servizio sociale che del servizio sanitario, la PUA, contatta il MMG/PLS, il quale formula la proposta motivata di ammissione alle prestazioni socio sanitarie integrate.

Le modalità di funzionamento della PUA saranno disciplinate con apposito atto da sottoscrivere fra Distretto Sanitario ed Ambito Territoriale a seguito dell'approvazione delle Linee Guida Regionali.

Art. 7 – La proposta di ammissione

La proposta di ammissione, formulata dal MMG su apposita modulistica (all. 2) corredata dalla scheda di accesso PUA, è inviata all'U.O. competente del Distretto Sanitario ed al Coordinatore dell'Ufficio di Piano, ai quali è affidata la responsabilità di attivare l'UVI.

La proposta di ammissione 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), corredata da certificazione medica del MMG/PLS o di struttura pubblica a supporto della richiesta;
- prima ipotesi di intervento;

Nei casi di dimissione protetta, la Direzione Sanitaria dell'Ospedale e/o il Responsabile dell'U.O./Reparto Ospedaliero in cui è ricoverato il paziente trasmette la proposta al Direttore del Distretto Sanitario, 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 e l'ammissione ai servizi sociosanitari devono essere condivisi ed approvati in sede di UVI in via preventiva rispetto alla dimissione.

In tali casi l'assistente sociale competente per il caso dovrà redigere la relazione sociale con informazioni relative alla situazione familiare ed alle reti di supporto. In particolare, nel caso in cui non sia possibile assistere il paziente a domicilio, la relazione dovrà evidenziare le situazioni di

eventuale assenza o impossibilità della rete parentale e/o amicale, specificando la motivazione di tale indisponibilità.

Art.8 – L'Unità di Valutazione Integrata (UVI)

L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.), quale équipe socio-sanitaria multidisciplinare integrata, è composta da personale dell'ASL e dell'Ambito territoriale. All'UVI partecipano obbligatoriamente i seguenti componenti:

- Dirigente Responsabile dell'U.O. competente del Distretto Sanitario per la spesa di competenza dell'ASL;
- Delegato alla spesa sociale nominato dall'Ambito Territoriale;
- Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) dell'assistito responsabile della presa in carico del cittadino/utente;
- Assistente sociale dell'Ambito Territoriale responsabile della presa in carico del cittadino/utente;

L'UVI può essere integrata con figure specialistiche sanitarie e sociali legate alla valutazione del singolo caso, su richiesta rispettivamente del Dirigente dell'U.O. Competente 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.

La composizione dell'UVI è comunicata annualmente alla Regione Campania da parte dell'Ambito territoriale, con una scheda UVI 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 dei componenti dell'UVI, 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. 9 – Convocazione dell'UVI

Sulla base della proposta per l'ammissione alle prestazioni socio sanitarie di cui al precedente art. 7, il Dirigente dell'U.O. competente 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 dal Dirigente dell'U.O. competente e dal Direttore del Distretto. Le convocazioni UVI sono inviate al cittadino-utente, o suo familiare, ed ai componenti dell'UVI.

Qualora il Dirigente dell'U.O. competente del Distretto Sanitario ed il delegato alla spesa per l'Ambito, fossero impossibilitati a partecipare, la seduta è comunque valida se successivamente provvedono a sottoscrivere il verbale UVI e l'autorizzazione all'erogazione del servizio.

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

Entro 30 giorni dalla richiesta di accesso viene effettuata la valutazione multidimensionale a cura dell'UVI e la relativa redazione del Progetto Personalizzato, 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, in particolare quelli che necessitano di Cure Domiciliari di III livello (vedi DGRC n° 41 del 14/2/11) oppure in cui è completamente assente il supporto familiare (anziani e/o disabili gravi che vivono da soli), l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie integrate potrà essere autorizzato per iscritto in via

eccezionale congiuntamente dal Dirigente dell'UO distrettuale competente e dal rappresentante dell'Ambito territoriale con delega alla spesa e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di UVI.

Così come disposto all'art. 5 punto 4 dell'All. 1 alla DGRC n° 50 del 28/2/2012, nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito, formalmente convocato, risulti assente a due sedute consecutive dell'UVI, l'ASL procederà alla valutazione dell'assistito e le relative risultanze sono vincolanti ai fini della compartecipazione.

Art. 10– Compiti dell'UVI e l'individuazione del Responsabile del caso

La UVI svolge i seguenti compiti :

1. 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);
2. 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;
3. individua tra i propri componenti il Responsabile del caso per garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dal Progetto personalizzato (case manager);
4. individua il costo della prestazione autorizzata e stabilisce la percentuale di compartecipazione alla spesa socio sanitaria da parte dell'ASL e dell'Ambito/utente;
5. verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato;
6. stabilisce le modalità di dimissione.

Rispetto al compito di cui al terzo punto, 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. 11 – 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 sociale;
- 4) Individuazione risorse personali;
- 5) Individuazione risorse familiari (famiglia nucleare e allargata);
- 6) Individuazione risorse comunitarie;
- 7) Indicatore della situazione economica del singolo e/o del nucleo familiare di riferimento (I.S.E. e I.S.E.E.);
- 8) Obiettivi dell'intervento integrato;
- 9) Metodologia;
- 10) Prestazione sanitaria dettagliata e operatori coinvolti;
- 11) Prestazione sociale dettagliata e operatori coinvolti;
- 12) Eventuale impegno di risorse del terzo settore e operatori coinvolti;
- 13) Case Manager;
- 14) Tempistica;
- 15) Strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione;
- 16) 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. 12 - L'erogazione del servizio socio-sanitario

Alla definizione del Progetto personalizzato da parte dell'UVI segue l'erogazione del servizio socio-sanitario, previa sottoscrizione dell'autorizzazione all'accesso.

Il Dirigente dell'U.O. competente del Distretto Sanitario, il Delegato alla spesa per l'Ambito Territoriale e l'utente, sottoscrivono congiuntamente specifica autorizzazione secondo il modello allegato (*cf. allegato 3*) e circolare Regione Campania n. 614434 del 09.08.2012.

Le autorizzazioni saranno trasmesse ai responsabili delle strutture pubbliche e/o private accreditate che erogano prestazioni socio-sanitarie, nel caso di struttura residenziale e/o semi-residenziale pubblica l'autorizzazione sarà trasmessa anche al Direttore del Distretto e al Dirigente dell'U.O. competente del Distretto in cui ha sede la struttura pubblica.

A loro volta le strutture, pubbliche e/o private accreditate, comunicheranno al soggetto autorizzante la disponibilità ad accettare il ricovero e la data del ricovero stesso.

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.

In caso di assistenza domiciliare Ambito e ASL provvedono in proprio ad attivare le prestazioni di competenza.

L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla recettività dei servizi, alla disponibilità di risorse economiche dell'Ambito e ai tetti di spesa dell'ASL, per cui potrà essere stilata una lista d'attesa che terrà conto dell'ordine cronologico delle istanze e del livello di complessità dei bisogni clinici e socio-economici che scaturiscono dai punteggi ottenuti a seguito della valutazione.

Art. 13 – Liste d'attesa

Le risultanze della valutazione con l'eventuale idoneità all'accesso, saranno trasmesse alle strutture scelte dall'utente o dai suoi familiari (nel caso di struttura gestita dall'ASLBN la comunicazione sarà inviata al Distretto Sanitario in cui ricade la struttura).

Tale comunicazione dovrà riportare i dati anagrafici dell'utente, una breve sintesi della valutazione UVI con i punteggi ottenuti e l'autorizzazione al ricovero.

I punteggi attribuiti agli utenti sono quelli risultanti dalle schede di valutazione del fabbisogno allegata alla DGRC n. 2006/04 ed alla DGRC n. 1811/07, scheda S.V.A.M.A., in particolare il punteggio relativo al livello di autonomia e il punteggio relativo alle condizioni socio-economiche.

Avrà diritto prioritario di accesso alla struttura l'utente con il punteggio relativo alla valutazione del livello di autonomia più alto; a parità di punteggio relativo al livello di autonomia, avrà diritto prioritario di accesso l'utente con il punteggio relativo alla valutazione delle condizioni socio-economiche più elevato, così come definito dall'allegato 2 della DGRC n. 2006/04.

A parità di punteggio del livello di autonomia e delle condizioni socio-economiche hanno priorità di accesso, nell'ordine:

1. persone residenti nello stesso comune in cui è ubicata la struttura;
2. persone residenti nel distretto sanitario e/o distretto sociale in cui è ubicata la struttura;
3. persone residenti in altri distretti sociali o distretti sanitari dell'A.S.L. di appartenenza;
4. persone residenti in A.S.L. diverse.

Le strutture (nel caso di struttura gestita dall'ASLBN il Distretto Sanitario in cui ricade la struttura) terranno delle liste d'attesa che verranno aggiornate, secondo i parametri descritti, ogni qualvolta saranno inviate nuove autorizzazioni all'inserimento. Le strutture (nel caso di struttura gestita dall'ASLBN il Distretto Sanitario in cui ricade la struttura) sono tenute a comunicare mensilmente alle UUOO ed agli Ambiti Territoriali competenti le liste d'attesa e l'eventuale disponibilità del posto.

Articolo 14 - Composizione e funzioni del Coordinamento e dell'Ufficio socio-sanitario integrato

Per l'esercizio congiunto delle funzioni e dei compiti relativi alla programmazione, gestione, monitoraggio, contabilità e rendicontazione delle prestazioni socio-sanitarie integrate, le parti

istituiscono a livello centrale il Coordinamento socio-sanitario integrato, composto per l'ASL dal Dirigente dell'U.O. Socio-sanitaria o suo delegato e per l'Ambito dal Coordinatore dell'ufficio di piano, nonché a livello distrettuale l'Ufficio socio-sanitario integrato, composto per l'ASL dall'U.O. socio-sanitaria e dal personale all'uopo individuato, nonché per l'Ambito dal Coordinatore e dal referente per l'integrazione socio-sanitaria dell'ufficio di piano.

Il Coordinamento socio-sanitario svolge le seguenti funzioni: programmazione territoriale integrata relativa alle prestazioni socio-sanitarie da inserire nel Programma delle Attività Territoriali (PAT) e nel Piano di Zona Sociale (PDZ), programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA socio-sanitari), definizione del livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione sociosanitaria territoriale e formulazione degli atti regolamentari e dei protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria protetta", e a quelli relativi all'ADI. E' compito del Coordinamento socio-sanitario, inoltre, aggregare tutte le attività assistenziali socio-sanitarie, individuate dal DLgs 502/92 e s.m.i., dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata.

L'Ufficio socio-sanitario integrato collabora con il Coordinamento socio-sanitario alla programmazione delle prestazioni socio-sanitarie da inserire nel Programma delle Attività Territoriali e nel Piano di Zona, effettua l'analisi dei bisogni socio-sanitari e delle risorse, assicura il coordinamento e raccordo, in particolare tra i servizi sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria del distretto e tra questi e i servizi sociali territoriali, garantisce il funzionamento della PUA e dell'UVI, assicura la gestione ed il monitoraggio congiunto delle prestazioni socio-sanitarie, e rende operativo il sistema unico di contabilità e rendicontazione delle prestazioni socio-sanitarie.

Art. 15 - 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, dal 01.01.12 fino al 30.04.12, l'ASL Benevento continuerà ad effettuare il pagamento dell'intera prestazione, anticipando la quota di competenza dell'Ambito/ utente relativa alla prestazione sociosanitaria evidenziata nei Progetti personali approvati in UVI ed attuati.

A far data dal 01.05.12, salvo diverse disposizioni regionali o del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del Settore Sanitario, 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., alla nota del sub-commissario ad acta n° 1839 del 14/3/2012 ed alla Deliberazione di G.R. n. 50/2012, fatturare all'ASL esclusivamente le tariffe dovute per la componente sanitaria, all'Ambito/Comune e all'utente, esclusivamente le tariffe dovute per la componente sociale, secondo la rispettiva quota stabilita in UVI, come da autorizzazione sottoscritta.

E' inteso che la quota di compartecipazione a carico dell'utente è calcolata in base a specifico Regolamento di Ambito approvato dal Coordinamento Istituzionale sulla tariffa dovuta per la componente sociale.

La copertura finanziaria delle quote di compartecipazione sociale è assicurata dalla Regione Campania, dai Comuni e dagli utenti secondo quanto disposto dalla Deliberazione di G.R. Campania n. 50/12.

In caso di utenti inseriti in assistenza residenziale si considera, ai sensi della normativa vigente, la residenza all'atto 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, previa valutazione dell'utente in UVI.

Art. 16 – Entrata in vigore

Il presente regolamento dovrà essere approvato dal Coordinamento Istituzionale e dal Direttore Generale dell'ASL BN ed entra in vigore il giorno successivo alla ratifica, da parte dei Consigli Comunali dei Comuni aderenti all'Ambito. Esso sarà aggiornato in relazione a successive disposizioni che saranno adottate a livello nazionale e regionale.

ART. 17 - 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.

REGOLAMENTO APPROVATO DAL C.I. CON VERBALE DI DELIBERAZIONE N° 19
DELL'11/09/2013