



**AMBITO SOCIALE N23
COMUNE CAPOFILA NOLA (NA)**



**REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD
DISTRETTO SOCIOSANITARIO N° 49
NOLA**

**REGOLAMENTO PER L'ACCESSO ALLE
PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE**

Sommario

REGOLAMENTO PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE	1
Articolo 1 - Obiettivo	3
Articolo 2 - Definizioni di prestazioni socio sanitarie	3
Articolo 3 - Porta Unitaria d'accesso	5
Articolo 4 - Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.).....	8
Articolo 5 - L'accesso alle prestazioni.....	8
Articolo 6 - Ammissione alle prestazioni socio sanitarie	9
Articolo 7 - La valutazione multidimensionale a cura delle UVI e l'individuazione del Case Manager ...	10
Articolo 8 - Il Progetto Assistenziale Individualizzato	11
Articolo 9 - Procedura di accesso in dimissione ospedaliera protetta/programmata	12
Articolo 10 - Fatturazione prestazioni socio sanitarie	14
Articolo 11 - Approvazione Regolamento	15
Articolo 12 - (Informativa sulla Privacy).....	16
Articolo 13 - Norme di rinvio	16

Articolo 1 - Obiettivo

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. In questo regolamento si delineano 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:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
 - prestazioni sociali a rilevanza sanitarie;
 - 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 andranno poste in essere, nel progetto individuale d'intervento, saranno 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 cosiddette 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 dei Comuni (DPCM 14.02.01 e DPCM 17.01.2017).

Attengono prevalentemente all'area:

- **Cure domiciliari;**
- **minori, donne, coppie, famiglie;**
- **minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo;**
- **persone con disturbi mentali;**
- **persone con disabilità;**
- **persone con dipendenze patologiche;**
- **persone non autosufficienti;**
- **persone nella fase terminale della vita;**

Si articolano in Prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali.

Le tipologie delle prestazioni sociosanitarie compartecipate e la ripartizione degli oneri finanziari tra enti locali, ASL e utenti, sono quelle indicate nel DCA 1/2013, DCA 110/2014, DCA 97/2018, DCA 83/2019, DCA 74/2019 e DPCM 12/01/2017, come di seguito specificate:

Tipologia Assistenza	Quota ASL	Quota a carico utente/Comune
<i>Persone con disabilità</i>		
Residenziale RSA - RD3	70 %	30 %
Residenziale RSA - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	100 %	0 %
Centro Diurno	70 %	30 %
<i>Adulti/Anziani non autosufficienti</i>		
Residenziale RSA - R3	50 %	50 %
Residenziale RSA - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	100 %	0 %
Residenziale modulo Demenze	50 %	50 %
Residenziale RSA – R2D	100 %	0 %
Residenziale RSA – R2	100 %	0 %
Residenziale R1 - SUAP	100 %	0 %
Centro Diurno Anziani	50 %	50 %
Centro Diurno per Demenze	50 %	50 %
<i>Salute Mentale</i>		
Comunità Alloggio	40 %	60 %
Assistenza semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo	100 %	0 %
<i>Malati Terminali</i>		
Hospice	100 %	0 %
<i>Cure Domiciliari</i>		
prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale	50 %	50 %
<i>Dipendenze Patologiche</i>		
Prestazioni residenziali e semiresidenziali	100 %	0 %
Relativamente all' Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie (art.24 DPCM 12/01/2017): Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad		

accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche. L'assistenza distrettuale ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie tiene conto di eventuali condizioni di disabilità ed è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Relativamente all'**Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo** (art.25 DPCM 12/01/2017): Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche. L'assistenza distrettuale ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Articolo 3 - Porta Unitaria d'accesso

La Porta Unitaria di Accesso (**P.U.A.**), come definito dalla Legge Regionale 11/2007 e ai sensi della DGRC n. 790/2012, "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 P.U.A. 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).

La P.U.A. svolge sia funzioni di front-office, con attività di accoglienza dei cittadini e decodifica della domanda, sia funzioni di back-office, con attività di monitoraggio dei casi, di archiviazione e tenuta delle cartelle utenti, di mappatura delle risorse territoriali ma anche ospedaliere e sociali per quanto necessario al percorso clinico.

L'attività del modello organico della P.U.A. si svolge su due direttrici:

- una operativa: che svolge prevalentemente le attività di front-office (Punti di accesso territoriali);
- una macro-organizzativa-gestionale: che assicura le attività di back-office, garantendo, tra l'altro, attraverso il monitoraggio, una riprogrammazione congiunta dell'offerta territoriale dei servizi (funzione centrale di coordinamento).

All'interno del Distretto Sanitario n° 49 le P.U.A. sono individuate per AREA di Bisogno e coincidono con le seguenti Unità Operative:

P.U.A.	AREA di BISOGNO
U.O.M.I.	Minori:Materno Infantile Minori:Disabili Minori:Patologie Neuropsichiatriche dell'Età Evolutiva Minori:Malati Terminali Adulti:Donna Coppia e Famiglia
U.O.A.R.	Adulti:=>18anni-Disabili Adulti:=>18anni-PatologieCronico - Degenerative Adulti:=>18anni- Malati Terminali
U.O.A.A.	Anziani:=>65anni-Non autosufficienti affetti da patologie Cronico Degenerative Anziani:=>65anni- Malati Terminali
U.O.S.M.	Minori:Patologie Psichiatriche (età 16-18 anni) Minori:Detenuti (con UOMI) Adulti:Patologie Salute Mentale Adulti:Detenuti
SERT	Minori:Dipendenze e Patologie correlate Minori:Sieropositivi e affetti da AIDS Minori:Detenuti (con UOMI) Adulti:Dipendenze e Patologie correlate Adulti:Sieropositivi e affetti da AIDS

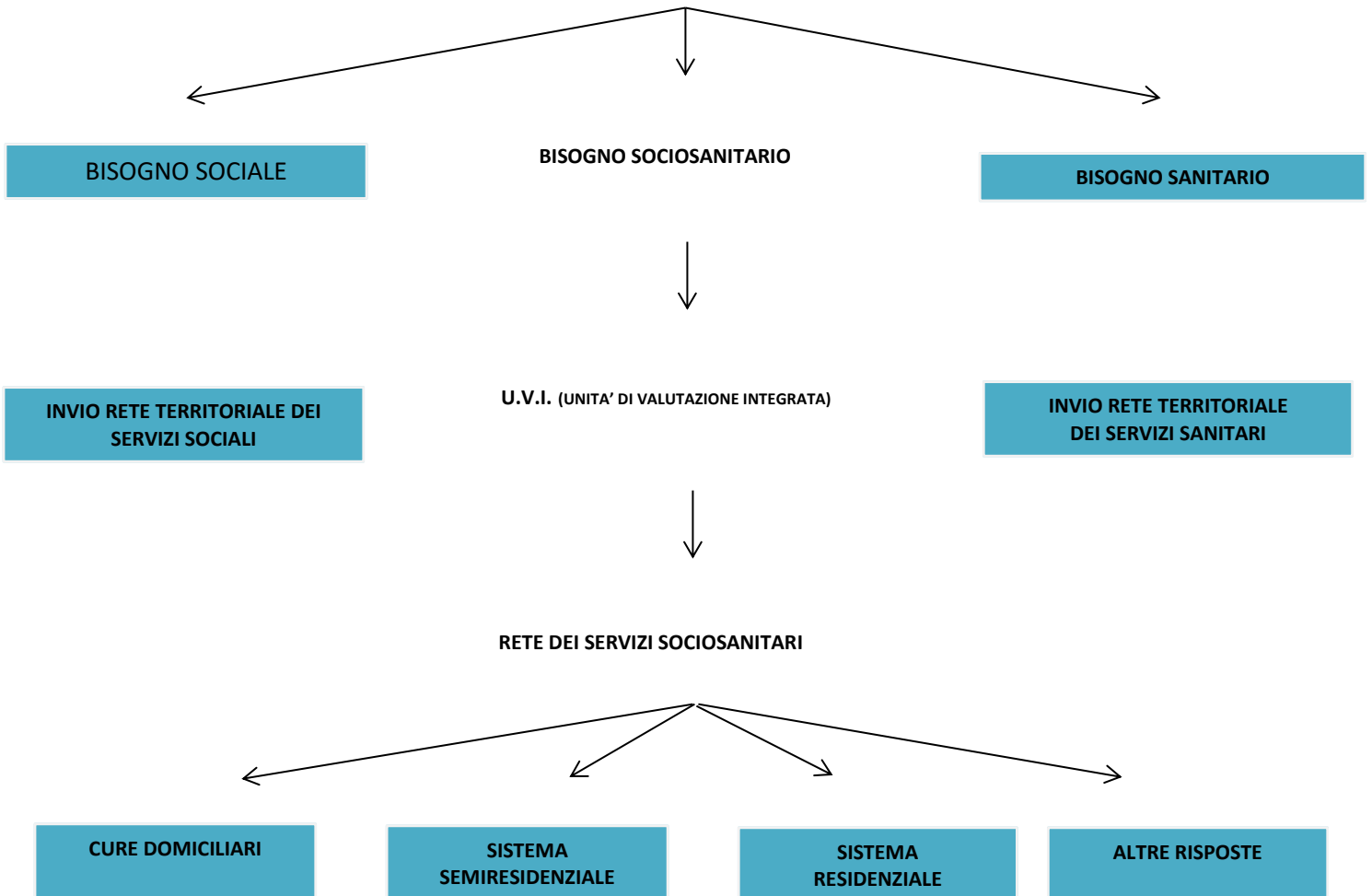
Nell'ambito dei servizi sociali comunali, La PUA va ad integrarsi con l'organizzazione dei servizi di accoglienza (Servizio di segretariato sociale), consentendo in tal modo l'accesso unificato a tutte le prestazioni socio-assistenziali e sociosanitarie previste dal Piano di Zona.

Il personale in dotazione alla P.U.A. si sostanzia in figure sia sociali che sanitarie. In particolare:

- per l'Ambito N23: Assistente Sociale in dotazione agli Uffici dei Servizi Sociali dei Comuni di Nola – Camposano - Carbonara di Nola – Casamarciano - Cicciano - Cimitile – Comiziano - Liveri – Roccarainola – San Paolo Belsito - Saviano - Scisciano – Tufino –Visciano
- per il Distretto Sociosanitario n. 49: Medico o una Assistente Sociale o altro personale addetto al front office, con funzioni di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti, coordinamento delle convocazioni UU.VV.II.

PORTA UNICA DI ACCESSO

PORTA UNICA DI ACCESSO
U.O.A.A. – U.O.M.I. – U.O.RIAB. – U.O.S.M. – U.O.Ser.D.



Articolo 4 - Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.)

L'Unità di Valutazione Integrata (**U.V.I.**), o Unità di Valutazione Multidimensionale e Multidisciplinare (**U.V.M.M.**) 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'U.V.I., ponendosi in una logica di presa in carico globale ed integrata, ha il compito di:

- effettuare una "diagnosi" del bisogno socio-sanitario complesso, a partire dalla domanda espressa dall'utente e dalla sua famiglia (il "sintomo" portato);
- utilizzare le proprie competenze per una valutazione complessiva e tecnica dei bisogni dell'utente;
- individuare, all'interno della rete, il servizio o i servizi più idonei a soddisfare i bisogni rilevati;
- modulare sul singolo caso l'offerta di servizi a seconda dell'evoluzione del bisogno.

L'U.V.I. si riunisce di norma presso il Distretto Sanitario n° 49, dell'Azienda Sanitaria NA 3 Sud, in via Fontanarosa – Nola (Na) salvo diverse esigenze per le quali risulti opportuno utilizzare un'altra sede sanitaria territoriale od extraterritoriale (strutture residenziali extra ASL) o presso la sede dei servizi sociali territoriali coinvolti, oppure presso il domicilio del richiedente la prestazione.

Le UU.VV.II. sono composte, su indicazione dei Direttori dei Distretti e dal Coordinatore dell'Ufficio di Piano Ambito N23:

- a. per la parte sanitaria, dal MMG/PLS, dal Medico dell'U.O. distrettuale competente formalmente delegato alla spesa da parte del Direttore del Distretto;
- b. per la parte sociale, dal Coordinatore dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale N23, o suo delegato formalmente autorizzato ad esprimersi anche in materia di spesa, dal rappresentante del comune di residenza storica ai sensi della DGRC 1017/2001 dell'utente formalmente delegato all'assunzione della spesa sociale;
- c. dall'utente e/o familiare di riferimento munito di certificazione ISEE;
- d. in caso di ricovero presso strutture socio-sanitarie accreditate e/o contrattualizzate, se il Direttore del Distretto, o suo delegato, ne ravvede la necessità, potrà intervenire all'UVI il rappresentante della struttura scelta e/o che ha in carico il cittadino.

La normativa regionale 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 e/o del comune, 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 alla spesa.

La convocazione dell'UVI è affidata alla firma del Direttore del Distretto Sanitario o suo delegato nonché al Coordinatore dell'Ufficio di Piano dell'Ambito o suo delegato.

Articolo 5 - L'accesso alle prestazioni

Gli attori della Porta Unitaria di Accesso dovranno 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 ai servizi - sanitari o sociali - o 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**, corrisponde l'erogazione di prestazioni integrate sociali e sanitarie per il quale è necessaria la definizione di un Progetto Assistenziale Individuale (**PAI**) in sede di Unità di Valutazione Integrata 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/Sociosanitari (UO ospedaliere, UO distrettuali ecc; strutture residenziali, case di cura, Centri diurni, altro);
- da altri servizi sociali dell'ambito territoriale;
- MMG

La richiesta deve essere effettuata attraverso la specifica modulistica e contenere:

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

Nel caso la richiesta per l'accesso sia effettuata dal MMG o da uno dei servizi sanitari distrettuali, contestualmente questi provvederanno a redigere e inviare alla P.U.A. la scheda A o B della S.VA.M.A./S.Va.M.Di., a seconda se chi richiama l'accesso sia il MMG o il medico specialista dei servizi sanitari distrettuali.

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.

La modulistica unica adottata per la domanda di accesso prevede 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 vigente normativa sulla privacy (D.lgs 30 giugno 2013 n. 196 come modificato ed integrato dal D.lgs 10 agosto 2018 n.101) 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 MMG, stante il consenso informato ed il rispetto della privacy del diretto interessato, (vedasi il D.lgs 30 giugno 2013 n. 196 come modificato ed integrato dal D.lgs 10 agosto 2018 n.101). La Proposta di Ammissione è inviata al personale della PUA che predispone il modello di convocazione.

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
- prima ipotesi di intervento mirato
- tempi di attivazione dell'U.V.I.
- consenso informato da parte della persona o suo tutore giuridico.

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

Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria una presa in carico immediata.

Articolo 7 - La valutazione multidimensionale a cura delle UVI e l'individuazione del Case Manager

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare è attivata, come detto, nel caso in cui si ravvisino problemi complessi che richiedono una valutazione delle diverse dimensioni sanitario-assistenziali-sociali. La valutazione multidimensionale, ossia l'analisi dettagliata delle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche, rappresenta l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del progetto sociosanitario personalizzato, necessario per l'accesso ai servizi. La valutazione multidimensionale viene effettuata da un team multiprofessionale 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.

All'UVI devono partecipare i componenti previsti all'Articolo 4.

L'UVI può essere integrata 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:

La U.V.I. svolge i seguenti compiti:

- 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 Assistenziale Individualizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito o suo tutore nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- programma la rivalutazione periodica
- aggiorna o modifica il Progetto Assistenziale Individualizzato in sede di rivalutazione in relazione agli esiti e ai risultati conseguiti;
- stabilisce la percentuale di compartecipazione alla spesa socio-sanitaria da parte dell'ASL e dell'Ambito/comune/utente.

La *valutazione multidimensionale* dell'UVI viene 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, la scheda SVAMD1 e la classificazione ICF (e eventuali altri strumenti inclusi l'indagine clinica e l'osservazione).

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 Assistenziale Individualizzato.

In sede 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. Il *Case Manager o Responsabile del caso* 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 o Responsabile del caso* 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, **nel caso dell'assistenza domiciliare**, rimane in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari) e la responsabilità del Progetto Assistenziale Individualizzato, che è appunto del *Case Manager o Responsabile del caso*. Il ruolo di Case manager può talvolta essere 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 - Il Progetto Assistenziale Individualizzato

L'Unità di valutazione integrata elabora il Progetto Assistenziale Individualizzato, 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 Assistenziale Individualizzato deve definire esplicitamente e in maniera analitica, in rapporto al bisogno accertato:

- la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento;
- le competenze e funzioni del referente familiare;
- competenze e responsabilità di spesa;
- durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale;
- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al Progetto Assistenziale Individualizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

La redazione del PAI deve prevedere un set minimo di informazioni così raccolte:

- **componente sanitaria**
 - **scheda SVAMA/SVAMDI redatta dal MMG**
 - **scheda SVAMA/SVAMDI redatta dallo specialista**
- **componente sociale**
 - **scheda SVAMA/SVAMDI redatta dall'assistente sociale**
 - **Anamnesi socio-ambientale del singolo e/o del nucleo familiare a cura dei servizi sociali d'ambito;**
 - **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.);**
 - **Individuazione della ripartizione della quota sociale in base al Regolamento d'ambito di Compartecipazione alla spesa per le prestazioni socio-sanitarie.**

L'UVI, valutate le condizioni di bisogno assistenziale del soggetto per l'ammissione al servizio, redige apposito verbale che viene sottoscritto dai partecipanti. Gli assenti, non giustificati, sono tenuti ad aderire alle decisioni dell'UVI.

In sede di verifica l'UVI 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; stabilisce le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi; provvede alla tenuta ed archiviazione dei fascicoli personali dei pazienti.

Il PAI viene trasmesso per l'autorizzazione, al Direttore Sanitario del Distretto e/o Unità Operativa di riferimento, ed al Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

Il Direttore del Distretto, unitamente al responsabile della UO che ha in carico l'assistito, provvede ad emanare, per quanto di competenza, l'autorizzazione alla erogazione delle prestazioni.

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 PAI è conservata presso la PUA 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 30 giugno 2013 n. 196 come modificato ed integrato dal D.lgs 10 agosto 2018 n.101).

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 9 - Procedura di accesso in dimissione ospedaliera protetta/programmata

Per "dimissione protetta" si intende l'insieme delle azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro. Il processo delle dimissioni protette richiede un'attenta programmazione, un coordinamento efficace e una comunicazione fluida tra i due poli del trasferimento, in questo caso il reparto ospedaliero (casa di cura, p.o., a.o.r.n.) che dimette e il territorio/distretto.

Caratteristica fondamentale della dimissione protetta è quella di essere una **dimissione programmata**, pertanto preordinata, e concordata con il paziente, i suoi famigliari, oltre che con il distretto di residenza; pertanto la dimissione protetta segue una procedura che ha lo scopo di sviluppare l'integrazione delle figure sanitarie ospedaliere e delle figure socio-sanitarie del territorio in un percorso unico di cura.

Nel processo di dimissione protetta ciascun attore ha un ruolo ed una funzione definita, nonché dei tempi e degli strumenti specifici che garantiscono la validità del processo stesso.

Fasi della dimissione protetta:

- ✓ Segnalazione/richiesta di ammissione in RSA o altra struttura residenziale sociosanitaria
- ✓ Condivisione dell'utente/ care giver
- ✓ Valutazione multidisciplinare e multidimensionale
- ✓ Individuazione della struttura in RSA o altra residenziale sociosanitaria
- ✓ Redazione ed elaborazione del P.A.I.-piano di assistenza individualizzato
- ✓ Fornitura di presidi, ausili, farmaci
- ✓ Dimissione

Le fasi che compongono tale processo non sono da intendersi come fasi che si succedono temporalmente ma anche concomitanti.

Attori

- l'utente e familiari dell'utente-care giver
- Il Direttore Sanitario della struttura di ricovero/il Responsabile del reparto che dimette
- Case Manager o il Responsabile del caso per paziente in cure domiciliari
- il Direttore del Distretto o suo delegato
- la Porta Unica di Accesso –P.U.A. e l'Unità di valutazione integrata -U.V.I.
- Referente sociosanitario del distretto sanitario
- Medico di Medicina Generale –MMG
- Assistente Sociale del comune di residenza/dell'ambito
- Direttore della struttura RSA o altra struttura residenziale sociosanitaria che accoglie

La durata dei ricoveri in dimissione protetta, è di norma di 30 giorni.

Accedono al ricovero in struttura residenziale sociosanitaria in dimissione protetta soggetti dimessi dalle UU.OO. ospedaliere, dalle Case di Cura non immediatamente assistibili a domicilio, con o senza attivazione delle cure domiciliari, e che necessitano di assistenza e per i quali a causa delle condizioni di salute o delle condizioni socioambientali non è possibile nell'immediato elaborare un progetto riabilitativo o non è possibile l'invio ad altro setting assistenziale.

Nel periodo di permanenza in RSA o altra struttura residenziale sociosanitaria, i servizi sociali e sanitari dovranno attivare le procedure per rendere possibile il rientro a domicilio alla scadenza del ricovero, ovvero le azioni necessarie alla valutazione per il trasferimento ad altro setting, ivi inclusa l'esigenza di permanenza in regime ordinario nella RSA ovvero altra struttura residenziale sociosanitaria.

È privilegiata comunque la dimissione dall'unità di ricovero al domicilio e solo se le condizioni socioambientali e le necessità assistenziali non lo consentono si ricorre alla dimissione in una RSA. È pertanto fondamentale verificare e valutare il supporto della rete sociale ed informale con appositi strumenti nella fase precedente alla dimissione.

Anche nel caso di dimissione programmata/protetta è necessaria la valutazione multidimensionale effettuata con gli strumenti richiamati.

Segnalazione/richiesta di ammissione alla RSA/altra struttura residenziale sociosanitaria

Il Direttore del reparto - o suo delegato della struttura di ricovero, accertate le condizioni cliniche e i bisogni assistenziali:

- ✓ convoca il paziente e la famiglia per informare della procedura di dimissione e verificata la impossibilità a dimettere a domicilio per la carenza di supporto familiare ovvero per ragioni legate alla condizione clinica, avvia la procedura di dimissione programmata in RSA ovvero altra struttura residenziale sociosanitaria;
- ✓ invia al Direttore del distretto di residenza dell'utente e al referente distrettuale dell'integrazione sociosanitaria la proposta di ammissione in RSA ovvero altra struttura residenziale sociosanitaria corredandola di relazione e contenente la diagnosi, il consenso dei familiari, l'indicazione di ausili, protesi, e trattamenti farmacologici e terapeutici necessari;
- ✓ segnala eventualmente ai servizi sociali del comune di residenza.

Tale procedura può essere garantita con l'assistente sociale del presidio ospedaliero o struttura di ricovero.

È quindi necessario che ogni struttura di ricovero adotti misure organizzative per la rilevazione del bisogno e della situazione socio ambientale, nonché per la gestione della fase della dimissione.

Il Direttore del Distretto di residenza/P.U.A. del paziente (o suo delegato), ricevuta la richiesta dalla struttura ospedaliera di inserimento in RSA ovvero altra struttura residenziale sociosanitaria, di un paziente in dimissione dall'ospedale:

- attiva l'U.V.I. e contestualmente individua la struttura RSA ovvero altra struttura residenziale sociosanitaria possibilmente nel distretto di residenza del paziente e ne richiede la disponibilità, entro 3 giorni dalla richiesta di ammissione, tenendo conto della libera scelta del cittadino/famiglia e della prossimità della struttura alla sua dimora abituale al fine di tutelarne le relazioni sociali. Nel caso in cui la struttura individuata non insista sul territorio del distretto di residenza dell'utente, coinvolge il direttore di distretto/P.U.A. sul quale insiste la RSA ovvero altra struttura residenziale sociosanitaria al fine di verificare ed acquisire la disponibilità e l'autorizzazione all'ammissione.
- acquisisce il parere favorevole del direttore sanitario della RSA ovvero altra struttura residenziale sociosanitaria;

- comunica il nome della RSA ovvero altra struttura residenziale sociosanitaria disponibile al direttore sanitario/responsabile clinico del caso della struttura che dimette e all'utente e garantisce il trasferimento del paziente in struttura;
- il direttore del distretto emette autorizzazione al ricovero in RSA ovvero in altra struttura residenziale sociosanitaria;
- per il soggetto con necessità di assistenza e riabilitazione post-acuta, per il quale, a causa delle condizioni di salute, non è possibile elaborare il relativo progetto riabilitativo e che non è immediatamente assistibile a domicilio, provvede agli adempimenti connessi al successivo accesso del paziente alla struttura di riabilitazione prescelta, previa implementazione del progetto riabilitativo sulla base della valutazione del bisogno riabilitativo.

Nel caso in cui non sia possibile garantire in modo compiuto e rapido la procedura, il direttore del distretto, sulla base della relazione inviata dal direttore del reparto che dimette e con l'ausilio dei medici della U.O. distrettuale dispone il ricovero in RSA ovvero in altra struttura residenziale sociosanitaria, con riserva di completare la valutazione multidimensionale entro 20 giorni dall'inserimento in struttura.

Nel caso in cui a seguito di valutazione periodica di un paziente ricoverato in RSA/altra struttura residenziale sociosanitaria in sede di U.V.I. si configuri la necessità/opportunità di inserimento in cure domiciliari integrate, si avvia la procedura di dimissione protetta/programmata a domicilio. Sarà cura del responsabile del caso avviare e definire le modalità di rientro al domicilio e disporre la presa in carico da parte dell'U.O. distrettuale e dell'equipe operativa.

È comunque compito del direttore del distretto sul quale insiste la struttura attivare protocolli per la dimissione programmata a domicilio nei quali definire ruoli, tempi per la presa in carico, la continuità assistenziale e la fornitura di ausili, protesi e farmaci ed individuare un referente per la applicazione e il monitoraggio della procedura, preferibilmente nel responsabile distrettuale delle cure domiciliari o nel referente dell'integrazione sociosanitaria.

Articolo 10 - Fatturazione prestazioni socio sanitarie

Con Delibera n. 282 del 14/06/2016 e s.m.i., la Giunta Regionale della Campania ha dato avvio ad un nuovo procedimento di pagamento delle prestazioni sanitarie di rilevanza sociale erogate dalle Strutture che forniscono **prestazioni socio sanitarie residenziali e semi residenziali per disabili ed adulti/anziani non autosufficienti**, atto a consentire che la quota di compartecipazione sociale di tali prestazioni, erogata a seguito di ammissione ai servizi regolarmente determinata dalle UVI – Unità di Valutazione Integrata, venga trasferita dalla Regione alle AA.SS.LL., e da queste corrisposta alle Strutture, in nome e per conto dei Comuni/Ambiti territoriali per i Piani di Zona Sociali, che restano tuttavia gli unici debitori.

Le AA.SS.LL. provvedono, sulla base degli elementi a loro disposizione per la verifica della remunerabilità delle prestazioni (verbali UVI; flussi informativi file H, attestati di liquidabilità), ad acquisire, preliminarmente dai centri erogatori del proprio territorio, le informazioni necessarie a identificare le fatture per la componente sociale da pagare, e a comunicare alla Centrale Unica di Pagamento SoReSa le fatture degli Ambiti/Comuni da liquidare.

Relativamente alle altre tipologie di prestazioni (Domiciliari, Comunità alloggio per disagio psichico), è fatto obbligo alle strutture/Enti di fatturare alla A.S.L. nel cui territorio opera la struttura/servizio esclusivamente le tariffe dovute per la componente sanitaria, e all'Ambito/Comune/utente la restante quota delle tariffe per la componente sociale.

Le tipologie delle prestazioni sociosanitarie compartecipate e la ripartizione degli oneri finanziari tra enti locali, ASL e utenti, sono quelle indicate nel DCA 110/2014, DCA 97/2018, DCA 74/2019 e DPCM 12/01/2017, come di seguito specificate:

Tipologia Assistenza	Quota ASL	Quota a carico utente/Comune
<i>Sociosanitario disabili non autosufficienti</i>		
Residenziale RSA - RD3	70 %	30 %
Residenziale RSA - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	100 %	0 %
Centro Diurno	70 %	30 %
<i>Sociosanitario Adulti/Anziani non autosufficienti</i>		
Residenziale RSA - R3	50 %	50 %
Residenziale RSA - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	100 %	0 %
Residenziale modulo Demenze	50 %	50 %
Residenziale RSA – R2D	100 %	0 %
Residenziale RSA – R2	100 %	0 %
Residenziale R1 - SUAP	100 %	0 %
Centro Diurno Anziani	50 %	50 %
Centro Diurno per Demenze	50 %	50 %
<i>Salute Mentale</i>		
Comunità Alloggio	40 %	60 %
Assistenza semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo	100 %	0 %
<i>Malati Terminali</i>		
Hospice	100 %	0 %
<i>Cure Domiciliari</i>		
prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale	50 %	50 %
<i>Dipendenze Patologiche</i>		
Prestazioni residenziali e semiresidenziali	100 %	0 %

Articolo 11 - Approvazione Regolamento

Le norme del presente Regolamento si applicano a seguito della pubblicazione all'albo pretorio on-line dell'Ambito N23 – <http://ambitosocialen23.it> della Delibera di approvazione del Regolamento da parte del Coordinamento Istituzionale dell'Ambito N23.

Articolo 12 - (Informativa sulla Privacy)

Ai sensi e per gli effetti degli art. 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali:

- a) I dati personali forniti dai richiedenti il servizio sono raccolti esclusivamente per la procedura di valutazione necessaria ai fini dell'eventuale ammissione e per lo svolgimento di ogni altro connesso atto/procedimento/adempimento amministrativo relativo al servizio richiesto;
- b) Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria, il mancato conferimento dei dati comporta l'impossibilità di attivare il servizio e non consente di ottenere alcuna ulteriore prestazione sociale agevolata di cui al DCPM n. 159 del 5/12/2013 ed alcun altro intervento previsto dal sistema integrato locale dei servizi sociali ai sensi della legge 328/2000 e della legge regionale 11/2007;
- c) I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati posso essere comunicati sono:
 - I. Il personale delle amministrazioni sanitaria e comunale interessato al procedimento
 - II. 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 stabiliti dall'art. 15 del regolamento UE 2016/679 e ove applicabili, i diritti di cui agli art. 16 – 21 GDPR nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante.
- e) Il titolare del trattamento è il Coordinatore dell'Ambito N23, mentre gli incaricati sono i soggetti da esso designati all'interno dell'Ente.

Articolo 13 - Norme di rinvio

Per tutto quanto non previsto dal presente regolamento si fa rinvio alle vigenti disposizioni di legge nazionale e regionale.