



COMUNE DI ISCHIA

ORIGINALE VERBALE DI DELIBERAZIONE DI COMMISSARIO STRAORDINARIO

Seduta del 22/09/2006

N. 19

OGGETTO: APPROVAZIONE MODIFICA ART.11 DEL "REGOLAMENTO DI ACCESSO LLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE INTEGRATE (L.E.A.)".PRESA D'ATTO VERBALE DI COORDINAMENTO ITITUZIONALE DEL 7.09.2006.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

l'anno duemilasei , addì ventidue, del mese di settembre , nella Casa Comunale di Ischia, assistito dal Segretario Generale AMODIO GIOVANNI.

RELAZIONE ISTRUTTORIA E PROPOSTA DI DELIBERAZIONE

PREMESSO che:

- in data 08.07.2004 veniva sottoscritto dai Comuni dell'Ambito N3 l'Accordo di Programma per la realizzazione del Piano Sociale di Zona e per la gestione in forma associata di servizi dell'Ambito N3 e per la gestione delle attività di integrazione socio-sanitaria, siglato in data 08.07.2004;
- con delibera di C.C. n. 28 del 13.09.2004, esecutiva, si prendeva atto e si approvava il Piano Sociale di Zona anno 2004, completo, tra l'altro, delle schede dei progetti di intervento e dei servizi, della Programmazione finanziaria, degli allegati: Regolamento di Accesso al sistema integrato locale dei servizi e degli interventi sociali; Regolamento Coordinamento Istituzionale; Regolamento Ufficio di Piano; Regolamento per l'applicazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente – ISEE e dell'Accordo di Programma per la realizzazione del PSZ per la gestione in forma associata di servizi dell'Ambito N3 e per la gestione delle attività di integrazione socio-sanitaria, stipulato in data 08.07.2004 dai sette Comuni dell'Ambito N3, ove alla lett. b) dell'art.2 è stato previsto di "promuovere l'esercizio associato dei Servizi specificando nel PSZ le modalità di attuazione di alcuni servizi, gestiti in modo autonomo dai comuni, per rispondere a specifiche esigenze logistiche ed organizzative", della durata di anni tre dal giorno della sottoscrizione;

VISTE:

- le Linee Guida sulla integrazione socio-sanitaria in applicazione al D.Lgs. n. 229/99 ed al DPCM del 14.02.2001 ed all'allegato I.C del DPCM 29.11.2001, approvato dalla Regione Campania con Delibera di G.R. n. 6467/2002;
- la Legge Regionale n. 8 del 22.04.2003 (delib. G.R. n. 2006 del 05.11.2004) di approvazione delle Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti di demenza;

RILEVATO CHE:

- l'integrazione socio-sanitaria è stata definita quale opzione strategica in quanto la sola in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino che non

possono essere adeguatamente affrontati da sistemi di risposte separate sociali e sanitarie;

- una maggiore integrazione tra il sistema dei servizi sociali ed il sistema dei servizi sanitari è obiettivo strategico che richiede, sia dal punto di vista istituzionale che gestionale e professionale, un'azione coordinata ed integrata dei Comuni a livello di Ambito e delle ASL a livello distrettuale;

VISTO il Regolamento di accesso alle prestazioni socio-sanitarie (LEA) dell'Ambito N3 approvato con delibera di Consiglio Comunale n. 16 del 10.02.2006;

VISTO il Verbale di Coordinamento Istituzionale Ambito N3 del 07.09.2006 con il quale sono, tra l'altro, approvate " le modifiche da apportare all' art. 11 del Regolamento di accesso alle prestazioni socio-sanitarie integrate (LEA) così come formulate" ed approvato " l' articolo così come predisposto ed allegato al presente verbale, stabilendo che i Comuni e l'ASL dovranno predisporre tutti gli atti consequenziali per la sua adozione il più presto possibile"

RITENUTO dover procedere a quanto disposto mediante la presa d'atto del verbale di Coordinamento Istituzionale riportato in precedenza, approvando la modifica dell'art. 11 del Regolamento di accesso alle prestazioni socio-sanitarie integrate per l'Ambito N3 così come predisposto ed allegato al verbale menzionato;

RITENUTO altresì opportuno integrare il Regolamento di accesso alle prestazioni socio-sanitarie (LEA) approvato con delibera di Consiglio Comunale n. 16 del 10.02.2006, con la modifica dell' art. 11 "Valutazione economica per le prestazioni di Assistenza Semiresidenziale" così come approvata dal Coordinamento Istituzionale con verbale del 07.09.2006;

VISTA la legge 8 nov. 2000, n. 328;

VISTA la disciplina delle attività nell'esercizio associato di funzioni e servizi (accordo di programma del luglio 2004);

ACQUISITI i pareri di cui all' art. 49 del D. Lgs. N. 267/00;

Ciò premesso,

si propone

Approvare la narrativa in premessa riportata, intesa quale parte integrante e sostanziale del presente atto.

1. Prendere atto del verbale di Coordinamento Istituzionale del 07.09.2006, inviato dal Coordinatore dell'Ufficio di Piano in data 15.09.2006 con nota n. 234/UdP, acquisito al protocollo dell'Ente in pari data al n. 22092 ed in esecuzione :
 - approvare l' art. 11 del Regolamento di accesso alle prestazioni socio-sanitarie integrate per l'Ambito N3 così come formulato ed allegato al verbale menzionato;
 - integrare il Regolamento di accesso alle prestazioni socio-sanitarie (LEA) approvato con delibera di Consiglio Comunale n. 16 del 10.02.2006, con la modifica dell' art. 11 "Valutazione economica per le prestazioni di Assistenza Semiresidenziale" così come predisposto ed allegato alla presente;
2. Dare atto che il presente provvedimento non comporta impegno di spesa.
3. Rendere l'atto immediatamente eseguibile, ai sensi dell'art. 134 del D.Lgs. 267/2000, al fine di permettere il completamento dell'iter procedurale.

IL DIRIGENTE
Dott.Raffaele Montuori

PARERI DI CUI ALL'ART.49 DEL D.L.VO 267/2000

- Si esprime parere favorevole per la regolarità tecnica

IL DIRIGENTE

- Si esprime parere favorevole per la regolarità contabile

IL DIRIGENTE

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

VISTA la su estesa relazione istruttoria con relativa proposta di deliberazione concernente l'argomento in oggetto;

RITENUTO dover approvare la suddetta proposta;

VISTI i pareri favorevoli resi ai sensi dell'art.49 del D.L.gs 18.08.2000, n.267;

D E L I B E R A

- 1) Approvare la proposta di deliberazione avente ad oggetto: "Aprovazione modifica art.11 del "Regolamento di accesso alle prestazioni socio-sanitarie integrate (L.E.A.)". Presa d'atto verbale di coordinamento istituzionale del 7.09.2006".
- 2) Dichiarare il presente deliberato attesa l'urgenza, immediatamente eseguibile ai sensi dell'art.134 del D.L.vo 18.8.2000 n. 267.

COMUNI AMBITO N3

*(Ischia, Barano d'Ischia, Casamicciola Terme, Forio,
Lacco Ameno, Procida, Serrara Fontana)*

AZIENDA SANITARIA LOCALE

ASL NA 2

Distretti Sanitari 56 e 57

REGOLAMENTO DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE INTEGRATE (L.E.A.)

Con modifiche apportate all'art. 11 così come approvato dal Coordinamento Istituzionale del 07.09.2006

INDICE

CAPO I - PREMESSA

| | |
|--|--------|
| Principi generali | pag. 3 |
| art. 1 - Ambito di applicazione | pag. 4 |
| art. 2 - Le prestazioni sociosanitarie integrate | pag. 5 |

CAPO II - ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

| | |
|---|---------|
| art. 3 - Procedure | pag. 7 |
| art. 4 - Assistenza Residenziale – R.S.A. | pag. 9 |
| art. 5 - Assistenza Semiresidenziale per anziani non autosufficienti e per cittadini disabili. Centri Diurni | pag. 11 |
| art. 6 - Assistenza Residenziale a disabili gravi | pag. 13 |
| art. 7 - Assistenza residenziale a persone con problemi psichiatrici | pag. 14 |
| art. 8 – Assistenza Domiciliare Integrata | pag. 14 |
| art. 9 – Ricorsi | pag. 14 |

CAPO III - CRITERI DI VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA E COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA

| | |
|--|---------|
| art. 10 - Valutazione economica per le prestazioni di assistenza residenziale | pag. 16 |
| art. 11 - Valutazione economica per le prestazioni di assistenza semiresidenziale | pag. 17 |
| art. 12 - Valutazione economica per le prestazioni in Assistenza Domiciliare Integrata | pag. 18 |

CAPO IV - LIVELLO GESTIONALE

| | |
|---|---------|
| art.13 - Modalita' di gestione del sistema di offerta delle prestazioni integrate | pag. 19 |
| art.14 - Rapporti finanziari | pag. 19 |
| art.15 - Controlli | pag. 19 |

CAPO V – NORME TRANSITORIE

| | |
|----------------------------|---------|
| Art.16 – Norme transitorie | pag. 20 |
|----------------------------|---------|

CAPO I - PREMESSA

PRINCIPI GENERALI

La presente regolamentazione è formulata sulla base del principio generale, contenuto nel D.Lgs.502/1992 modificato ed integrato e nel D.P.C.M. 29/11/2001 (a cui l'art. 54 della L.289/2002 ha dato forza di legge), che è compito del Servizio Sanitario nazionale garantire le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, attraverso gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previsti dalla normativa vigente e riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza.

Inoltre la L. 328/2000, in coerenza con gli artt. 2,3 e 38, della Costituzione, attribuisce al sistema integrato di interventi e servizi sociali, la cui gestione nella regione Campania è garantita dai Comuni, il compito di garantire a tutti i cittadini la prevenzione, l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia.

L'area dell'integrazione socio-sanitaria è normata dall'art.3 septies del D.Lgs.502/1992 e, in attuazione, dal D.P.C.M. 14/2/2001 "Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie". Tale normativa individua e definisce, nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, quelle sanitarie a rilievo sociale e quelle sociali a rilievo sanitario.

Il D.P.C.M. 29/11/2001, Allegato 1, punto 1.C, nell'ambito della titolarità sanitaria delle prestazioni individuate nei Livelli Essenziali (L.E.A.), individua per ciascuna tipologia erogativa di carattere socio-sanitario, quelle che sono le prestazioni sanitarie e quelle sanitarie di rilevanza sociale nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali è stata prevista una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al S.S.N.

L'area di prestazioni interessata dal presente regolamento afferisce a quest'ultima tipologia.

Quadro normativo nazionale di riferimento

- ✓ Decreto Legislativo 30/12/1992, n. 502 "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale" e s.m.i.;
- ✓ Legge 8/11/2000, n. 328 "Norme per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali";
- ✓ Legge 27/12/2002, n. 289 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)", art.54;
- ✓ D.P.C.M. 14/2/2001 "Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";
- ✓ Accordo Governo-Regioni-Provinche Autonome 8/8/2001;
- ✓ D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- ✓ D.P.R. 23/5/2003 "Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005".

Art. 1 - AMBITO DI APPLICAZIONE

Lo sviluppo della politica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), come definiti dal D.P.C.M. 29/11/2001, Allegato 1, Punto 1.C, presuppone la definizione, a livello regionale, di un modello organizzativo tale da garantire il coordinamento e l'integrazione degli interventi e delle azioni svolte sul territorio dal sistema sanitario e dal sistema socio-assistenziale.

In tal senso, l'applicazione dei L.E.A. rappresenta l'occasione per qualificare ed ottimizzare la rete di risposte attualmente erogate sul territorio regionale, rimodulandole secondo criteri di flessibilità e dinamicità nell'ambito di un sistema in cui la componente sanitaria e quella sociale si coordinano in un comune campo d'azione: l'area dell'integrazione socio-sanitaria.

L'evoluzione normativa nazionale degli ultimi anni, dal D.Lgs.229/1999 al recente P.S.N. 2003-2005 (D.P.R. 23/5/2003), ha infatti attribuito una specifica connotazione a tale area, individuando nel suo ambito una serie di attività e prestazioni che, per loro stessa natura, tipologia e fasi del percorso clinico e assistenziale a cui si riferiscono, richiedono l'intervento congiunto del servizio sanitario e della rete sociale esistente intorno al cittadino.

In relazione a tale quadro normativo, si è reso evidente che l'area socio-sanitaria necessitasse di essere governata ed "accompagnata" da parte della Regione attraverso un processo, concertato in ogni fase con le parti coinvolte a livello locale che, coinvolgendo ciascun ente rispetto alle proprie competenze, conducesse gradualmente verso l'obiettivo di garantire risposte per la salute e l'assistenza delle persone.

L'obiettivo si concretizza, a regime, attraverso la realizzazione di un sistema integrato nell'ambito del quale Aziende Sanitarie Locali e Comune, nell'esercizio delle proprie funzioni, siano in grado di interagire sistematicamente su programmi e progetti definiti di comune accordo per fornire le risposte più appropriate ai reali bisogni, garantendo la continuità delle cure ed il coordinamento degli interventi in ogni fase del percorso clinico-assistenziale, dall'ospedale al domicilio a viceversa.

La Regione Campania ha dato pronta risposta a questa necessità con le Linee-guida per la programmazione sociale 2003 e per il consolidamento del sistema di welfare, dove ha individuato al cap. 2.3 le *Linee di azione per realizzare l'integrazione sociosanitaria*, e con le Linee-guida per la programmazione dei servizi socio-sanitari integrati (delibera di G.R. n. 6467 del 30.12.2002).

Successivamente con la legge Regionale n. 8 del 22.04.2003 (delib. G.R. n. 2006 del 05.11.2004) ha approvato le Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza.

L'Integrazione socio-sanitaria è stata quindi definita quale opzione strategica, in quanto la sola in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino, che non possono essere adeguatamente affrontati da sistemi di risposte separate sociali e sanitarie.

Una maggiore integrazione tra il sistema dei servizi sociali ed il sistema dei servizi sanitari è obiettivo strategico che richiede, sia da un punto di vista istituzionale che gestionale e professionale, un'azione coordinata ed integrata dei Comuni a livello di ambito e delle Asl a livello distrettuale.

Art. 2 - LE PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE INTEGRATE

Il DLgs 229/99 e il DPCM 14.02.2001 definiscono prestazioni socio-sanitarie "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione". Esse comprendono :

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale : le attività, finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione rimozione e contenimento degli esiti degenerativi e invalidanti di patologie congenite e acquisite. Sono di competenza ed a carico delle AA.SS.LL.:

- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria : sono tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei Comuni sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi.

- prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria : rientrano nei livelli essenziali di assistenza e sono poste a carico del fondo sanitario nazionale. Esse sono caratterizzate “dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell’ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell’impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell’assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell’assistenza” . Attengono prevalentemente alle aree:

- materno infantile
- anziani
- handicap
- patologie psichiatriche
- dipendenza da droga, alcool e farmaci
- patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale
- inabilità o disabilità, conseguenti da patologie croniche degenerative.

L’integrazione sociosanitaria va attuata determinando:

- una concreta integrazione e sinergia tra il sistema dei servizi sociali e sanitari a livello programmatico, gestionale e professionale
- il potenziamento delle politiche sociali dei Comuni attraverso la realizzazione delle indicazioni della legge 328/00, con particolare impegno per gli interventi sociali connessi agli interventi sanitari.
- la promozione nelle AA.SS.LL. di una riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale (in particolare nelle aree sociosanitarie ad elevata integrazione degli anziani, disabili, salute mentale, ecc).

Dal punto di vista programmatico e gestionale, l’integrazione sociosanitaria esige il coordinamento dei contenuti degli atti di programmazione sociale e sanitaria nel territorio e la loro gestione coordinata e congiunta.

L’Ambito territoriale è il luogo dove si progettano e gestiscono le politiche sociali e socio-sanitarie. Esso è coincidente o è multiplo del distretto, proprio al fine di realizzare uno spazio unitario di confronto, programmazione e, laddove possibile, gestione integrata dei servizi e degli interventi socio-sanitari. I Piani di Zona (PdZ) sono lo strumento attraverso il quale i Comuni associati, con il concorso delle AA.SS.LL., delle Province, delle Ipab. e delle organizzazioni del terzo settore, disegnano il sistema integrato di interventi e servizi sociali con indicazione degli obiettivi strategici, dell’assetto organizzativo, delle risorse, del personale, delle modalità di monitoraggio e valutazione.

Il Distretto è il contesto territoriale dove si realizza il Programma delle Attività Territoriali (PAT) e in esso sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali.

La programmazione economico finanziaria: linee guida per la compartecipazione finanziaria di ASL, Comuni e utenti al costo delle prestazioni

Enti locali ed ASL, nell’ambito della programmazione e gestione congiunta delle attività integrate, dovranno declinare la programmazione socio-sanitaria integrata di ambito e di distretto anche nella dimensione economico-finanziaria.

Tanto il PdZ che il PAT devono pertanto contenere un Piano Finanziario che definisca la fonte e l’ammontare delle risorse impegnate e le quote di ripartizione della spesa in relazione alle aree di intervento e alle azioni e ai servizi che si intendono attivare. Tale definizione deve essere formulata nei due piani in termini di reciproca piena coerenza.

E’ necessario che:

- i Comuni (singoli e aggregati negli ambiti) mettano a punto un compiuto sistema di contabilità analitica in grado di evidenziare in maniera dettagliata la spesa relativa ai diversi centri di costo relativi agli interventi sociali e socio sanitari;
- le schede allegate alle annuali Linee-guida regionali di rilevazione della spesa e delle attività sociosanitarie rappresentano un punto di riferimento per l’organizzazione di tale contabilità;
- la definizione della spesa a livello territoriale sia articolata anche in relazione al singolo utente e alla sua residenza anagrafica, per consentire imputazioni e aggregazioni di spesa a diversi livelli territoriali (il singolo cittadino, il nucleo familiare, la popolazione di un Comune, di un distretto o di un ambito specifico, ecc.) ed operazioni sia di analisi che di programmazione degli interventi.

La programmazione unitaria ha per oggetto tutte le attività sociosanitarie, la programmazione economico finanziaria congiunta ha prioritariamente per oggetto le prestazioni per le quali la normativa prevede la compartecipazione alla copertura dei costi di Comuni ed ASL (DPCM 14.02.01 e allegato 1C del DPCM 29.11.01). La normativa stabilisce, per ciascuna delle otto prestazioni integrate a compartecipazione, una quota di finanziamento a carico dei Comuni ed una quota a carico delle Asl.

La programmazione e gestione locale, concertata tra ASL e Comuni, dovrà quindi individuare, sulla base dei costi di produzione dei servizi, la ripartizione tra costi sociali e sanitari e, in alcuni casi, le tariffe da corrispondere ai soggetti erogatori e il concorso alla copertura dei costi da parte degli utenti che ne hanno la possibilità economica, correttamente accertata attraverso lo strumento dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), per estendere così la platea dei beneficiari del servizio tenendo alta anche la qualità del servizio stesso.

CAPO II – ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

Art. 3- PROCEDURE

La Segnalazione

La richiesta di accesso ai servizi sociosanitari accreditati può essere effettuata dal diretto interessato oppure attraverso una segnalazione di uno dei componenti della rete informale del cittadino (familiare, parente, vicino o volontario). Essa deve essere rivolta ad uno dei nodi della rete formale territoriale (MMG/PLS, UOD, Segretariato Sociale dell'Ambito o Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza).

La proposta

Previa valutazione della segnalazione viene formulata la proposta di accesso per l'invio del caso alla UVI. Essa è formulata dal Medico (MMG, PLS distrettuale o ospedaliero) oppure dell'operatore sociale individuato per tale funzione dai Comuni.

La proposta deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- dati anagrafici del cittadino;
- indicazioni generali di carattere socioambientale e relative a: condizioni abitative ed situazione familiare (nucleo di convivenza e di primo grado), rete familiare e sociale di supporto presente, situazione economica del soggetto e del nucleo familiare;
- condizioni generali di salute, diagnosi cliniche e patologie presenti. Se la proposta è presentata dall'operatore sociale dovrà necessariamente essere corredata da certificazione medica del MMG/PLS o di struttura pubblica, a supporto della richiesta;
- condizioni di autonomia ed autosufficienza, deambulazione ed eventuale confinamento (a letto, su sedia, o in casa), capacità relazionali;
- principali referenti territoriali da attivare per la valutazione multidimensionale (Mmg/PLs), specifiche unità operative distrettuali, servizio sociale).

L'attivazione della rete - L' Unità di Valutazione Integrata: valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale, ovvero l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni che presenta il caso, è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del progetto socio-sanitario personalizzato e della presa in carico integrata del cittadino.

L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.), con competenze multidisciplinari, ha il compito di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sia sanitari che sociali di natura complessa. Va istituita nei Distretti Sanitari 56 e 57 dell'ASL NA2, ed il suo funzionamento è definito da apposito regolamento.

E'composta da tre figure fisse: medico della ASL, assistente sociale individuato dai Comuni dell'Ambito territoriale e MMG / PLS dell'assistito in esame. Può essere integrata con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche legate alla valutazione del singolo caso.

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 socio-sanitario 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*.

La *valutazione multidimensionale (VMD)* deve avvalersi di strumenti idonei e/o standardizzati specifici e, dove possibile, scientificamente validati, per rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione e consentire la definizione quantitativa e qualitativa di:

- bisogni reali e prioritari, (soprattutto in relazione allo stato di salute, all'autonomia e alla capacità di supporto del nucleo familiare, ivi compresa la qualità delle condizioni abitative)
- obiettivi possibili
- interventi da adottare
- risorse da attivare
- regime prestazionale più appropriato da utilizzare.

In particolare per le schede e le scale di valutazione sociale, è adottata la modulistica di cui all'allegato 2 della Delibera Regionale n. 2006 del 05.11.2004.

Si precisa che tali schede saranno custodite presso gli Uffici dei Servizi Sociali dei Comuni di appartenenza dell'assistito.

Il progetto personalizzato

L'U.V.I. elabora un progetto personalizzato che tiene conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.

Esso deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere, sia riguardo al paziente che ai suoi familiari;
- la tipologia, modalità ed livello di intensità (alto, medio-lieve) dell'intervento;
- la sua durata:
 - a) *episodica* legata al tempo di stabilizzazione o recupero in seguito a condizioni morbose intercorrenti
 - b) *breve* legata a condizioni socioambientali non adeguate o ad impedimenti temporanei del nucleo parentale o per decompressione familiare: massimo 30 giorni;
 - c) *lunga* legata a situazioni sanitarie e socioambientali non altrimenti governabili.

L'U.V.I. è responsabile del progetto sociosanitario personalizzato e ne verifica l'attuazione, mediante il responsabile della presa in carico, individuato, di norma, nella persona del Medico di Medicina Generale (che è il naturale referente sanitario dell'assistito e coordina comunque gli interventi sanitari del caso).

Per motivate ragioni rispondenti ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative del territorio, il responsabile della presa in carico può essere individuato in altro dei componenti l'U.V.I.

L'operatore incaricato segue la realizzazione del *progetto personalizzato*, di cui è il garante. Egli rappresenta anche il principale riferimento organizzativo per l'assistito e la sua famiglia e per gli operatori dell'équipe operativa multiprofessionale della struttura. È quindi una figura che garantisce l'integrazione, tiene le fila della comunicazione tra i suoi membri e assicura che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata (senza cioè sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti di assistenza), efficace ed efficiente, e verifica costantemente la congruità tra i risultati raggiunti e le risorse impiegate e il conseguimento del livello di qualità prefissato. Cura il rapporto con l'utente e la sua famiglia, fornendo la più ampia informazione sul programma assistenziale (caratteristiche, andamento ed eventuali riscontri), che deve essere pienamente condiviso, al fine di attivare la massima collaborazione e raccogliere tutte le indicazioni utili o le richieste di aiuto e di supporto.

Il Piano Esecutivo del Progetto

All'interno del progetto personalizzato deve essere previsto il piano esecutivo, concordato con la struttura individuata per eseguire il ricovero o la prestazione, in cui sono definite:

- azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate
- quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati (n. di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, ecc.);
- disponibilità e quantità di presidi e materiali vari;
- durata complessiva del piano;
- strumenti, scadenze e metodi della verifica del piano, in itinere ed ex-post, con particolare attenzione:
 - alla valutazione periodica dei risultati;
 - alla congruità delle misure/risorse impegnate rispetto agli obiettivi prefissati;

- o alla verifica delle prestazioni effettuate da altri erogatori (privato sociale e privato accreditato), evitando il rischio di una scissione tra prescrittore pubblico ed erogatore privato e di un affidamento totale a quest'ultimo.

Art. 4 - ASSISTENZA RESIDENZIALE - R.S.A.

Finalità del servizio e destinatari

L'assistenza mediante ricovero in apposite strutture protette quali R.S.A., di norma riguarda i cittadini non autosufficienti per i quali la prognosi medica esclude la regressione dalle condizioni parzialmente invalidanti, tali da non permettere il mantenimento nel proprio nucleo familiare.

Nella R.S.A. possono essere accolte persone anziane ultrasessantacinquenni e/o persone affette da demenza, per le quali sussistono contemporaneamente i sottoelencati criteri di eleggibilità:

- perdita dell'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana;
 - condizioni sanitarie caratterizzate da comorbidità, e rischio di instabilità clinica, tali da non richiedere cure intensive ospedaliere;
 - condizioni socioambientali che non consentono la permanenza al domicilio, sia pure con il supporto dei servizi domiciliari e semi-residenziali;
 - condizioni cliniche che non consentono un adeguato trattamento a domicilio, o il trasferimento quotidiano dal proprio domicilio verso una struttura semiresidenziale, senza pregiudizio per lo stato di salute, o infine l'accoglienza in strutture residenziali a carattere sociale;
 - necessità di medio livello di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

Nell'ambito delle diverse forme di assistenza offerte al cittadino, il ricovero in istituto si colloca comunque come ultima risposta possibile in mancanza di soluzioni alternative validamente perseguibili.

In particolare nel territorio del distretto Sanitario 57 di Ischia è presente una Residenza Sanitaria Assistenziale, sita nel Comune di Serrara Fontana.

Procedure per l'accesso e la presa in carico

In merito alla segnalazione, la proposta d'accesso, la valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione del progetto personalizzato dell'UVI, l'individuazione del responsabile della presa in carico si rimanda all'art. 3 del presente regolamento.

Modalità e procedure di ricovero

La valutazione multidimensionale viene comunicata al richiedente/assistito da parte del Responsabile/Presidente dell'UVI. Al richiedente/assistito viene consegnato presso il Comune di residenza il piano economico di partecipazione ai costi, rispetto alla quota non di competenza dell'ASL. In caso di adesione al piano economico come redatto, sia l'assistito che il familiare sono tenuti alla sottoscrizione di un preliminare contratto che impegnerà le parti (Comune – ASL – assistito – familiari) per quanto dovuto. L'assistito/familiare consegna l'adesione al piano economico come redatto dal Comune di residenza all'Unità Operativa Anziani distrettuale, che gli comunica l'eventuale lista di attesa, gli rilascia l'autorizzazione e, in accordo con lo stesso, individua la struttura di destinazione.

Dopo la sottoscrizione del contratto, l'Unità Operativa Anziani contatta il Direttore Responsabile della RSA prescelta e comunica allo stesso, al MMG dell'utente ed al Comune di residenza, modalità e data di ricovero.

Al momento del ricovero, insieme ai primi dati della cartella clinica, l'UVI fornisce il progetto sociosanitario personalizzato e definisce, in raccordo con la struttura, il piano esecutivo del progetto.

La struttura che esegue il ricovero ne dà comunicazione entro 24 ore al MMG del cittadino, al Comune di residenza, al distretto sanitario di residenza dell'utente e, se diverso, anche al Distretto in cui insiste la struttura.

Il progetto sociosanitario e il relativo piano esecutivo sono soggetti a verifica periodica da parte dell'U.V.I. secondo i tempi e le modalità previste dallo stesso e, comunque, non oltre i tre mesi.

Il Responsabile della struttura, in collaborazione con i responsabili delle attività sanitarie e delle attività sociali della struttura, provvede a garantire un flusso costante di comunicazione con l'U.O. distrettuale, il MMG e i Servizi Sociali dell'Ambito territoriale per:

- Eventuali modifiche al piano esecutivo;

- Verifica dei risultati;
- Dimissioni o trasferimento a diverso luogo di cura.

Tutte le modifiche del Piano esecutivo comportanti effetti sul versante economico (frequenza degli accessi, livello di intensità assistenziale, durata della permanenza, dimissioni e trasferimenti, ecc.), vanno autorizzate dall'U.V.I., fatte salve situazioni di emergenza, prontamente comunicate al Comune e all'U.O. Anziani per le variazioni del/i contratto/i dell'assistito/familiari.

Le procedure per la dimissione

La data delle dimissioni è indicata nel progetto sociosanitario personalizzato e nel Piano esecutivo.

Eventuali prolungamenti del ricovero, su motivata proposta degli stessi soggetti che hanno facoltà di proporre il ricovero oltre che del Direttore della struttura, entro i dieci giorni precedenti la scadenza del periodo autorizzato, sono autorizzati dall'U.V.I attraverso una nuova valutazione. Nel caso il ricovero sia fruito in una RSA ubicata in un territorio diverso dal distretto di residenza del cittadino, l'U.V.I del territorio in cui è ubicata la struttura effettua la valutazione e ne comunica l'esito a quella di residenza del cittadino, la quale provvede se necessario ad emettere la relativa autorizzazione, previa procedura di adesione dell'assistito/familiari al piano economico di partecipazione ai costi preso il Comune di residenza

La data di dimissione va comunicata all'assistito e alla famiglia almeno una settimana prima dell'evento.

Art. 5 - ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E PER CITTADINI DISABILI CENTRI DIURNI

Finalità del servizio e destinatari

L'assistenza integrata semiresidenziale, attraverso i centri diurni, persegue le seguenti finalità:

- ospitare persone con ridotta autonomia e soggetti disabili che necessitano di prestazioni sanitarie specialistiche e di interventi tesi a mantenere e/o a stimolare le autonomie residue dell'individuo con prestazioni sociosanitarie integrate svolte in regime diurno;
- garantire il mantenimento di adeguati livelli di vita di relazione e la continuità dei rapporti familiari attraverso: interventi e attività di socializzazione, interventi tesi al mantenimento dell'autonomia residua e alla tutela dello stato di salute, interventi riabilitativi e occupazionali, il rientro serale a domicilio.
- ricorrere ai servizi residenziali in via subordinata ed esperendo modalità che circoscrivono di norma ad un periodo programmato la prestazione, sulla base di un definito piano di intervento.

Tali Centri devono quindi garantire prestazioni assistenziali, un adeguato livello di vita di relazione e, unitamente ai servizi domiciliari, la permanenza dell'utente al proprio domicilio privato il più a lungo possibile, offrendo altresì sostegno e supporto alla famiglia.

L'assistenza sociosanitaria integrata semiresidenziale è erogata nei Centri Diurni Integrati (C.D.I), aperti almeno 8 ore al giorno e per almeno 5 giorni a settimana, le cui funzioni sono definite nella L.R. n. 8/2003.

Per assistenza semiresidenziale si intende un regime prestazionale di durata variabile definita dal progetto personalizzato, destinato a cittadini con media o grave limitazione dell'autosufficienza, i quali coloro che abbisognano di assistenza tutelare, monitoraggio delle condizioni di salute, attività di socializzazione, interventi riabilitativi, occupazionali e ricreativi.

All'interno del Centro Diurno Integrato possono essere accolte persone disabili per i quali sussistono contemporaneamente le seguenti condizioni:

- scarsa autonomia e grande impedimento nelle attività della vita quotidiana;
- condizioni sanitarie caratterizzate da comorbidità;
- condizioni socioambientali e/o familiari che consentono la permanenza al domicilio per almeno parte della giornata;
- condizioni cliniche che consentono il trasferimento quotidiano dal proprio domicilio verso la struttura semiresidenziale senza pregiudizio per lo stato di salute;
- condizioni cliniche o socio-ambientali, anche temporanee, che non consentono un adeguato trattamento a livello ambulatoriale e/o domiciliare in alternativa all'assistenza semiresidenziale;
- necessità di medio livello di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare.

Nelle strutture semiresidenziali integrate per anziani non autosufficienti, cittadini affetti da demenza e disabili fisici, psichici o neuro-sensoriali, tutte le attività avvengono sulla base di progetti individuali personalizzati predisposti dall'U.V.I. nel rispetto delle specifiche competenze. I progetti sociosanitari personalizzati devono essere compiutamente definiti entro 20 giorni lavorativi dalla data della proposta di accesso. Agli ospiti dei Centri Diurni devono essere garantite le prestazioni che concorrono al mantenimento delle capacità funzionali residue degli ospiti ovvero al recupero dell'autonomia in relazione alla loro patologia e in funzione del raggiungimento o mantenimento del miglior livello possibile di qualità della vita degli ospiti stessi.

Le prestazioni che si rendono necessarie in caso di emergenza o di sopravvenuti mutamenti del quadro clinico devono essere erogate e tempestivamente comunicate all'U.V.I.

Procedure per l'accesso e la presa in carico.

In merito alla segnalazione, la proposta d'accesso, la valutazione multidimensionale del bisogno, la definizione del progetto personalizzato dell'U.V.I., l'individuazione del responsabile della presa in carico, si rimanda agli artt. 3 e 4 del presente regolamento

Modalità e procedure per l'erogazione della prestazione

La valutazione multidimensionale viene comunicata al richiedente/assistito da parte del Responsabile/Presidente dell'U.V.I. Al richiedente/assistito viene consegnato presso il Comune di residenza il piano economico di partecipazione ai costi, rispetto alla quota non di competenza dell'ASL. In caso di adesione al piano economico come redatto, sia l'assistito che il familiare sono tenuti alla sottoscrizione di un preliminare contratto che impegnerà le parti (Comune – ASL – assistito – familiari) per quanto dovuto. L'assistito/familiare consegna l'adesione al piano economico come redatto dal Comune di residenza all'Unità Operativa Anziani distrettuale, che gli comunica l'eventuale lista di attesa, gli rilascia l'autorizzazione e, in accordo con lo stesso, individua la struttura di destinazione,.

Dopo la sottoscrizione del contratto, l'Unità Operativa Anziani contatta il Direttore Responsabile del CD prescelto e comunica allo stesso, al MMG dell'utente ed al Comune di residenza, modalità e data di inizio prestazione.

Con l'inizio della prestazione, insieme ai primi dati della cartella clinica, l'U.V.I. fornisce il progetto sociosanitario personalizzato e definisce, in raccordo con la struttura, il piano esecutivo del progetto.

La struttura che esegue la prestazione ne dà comunicazione entro 24 ore al MMG del cittadino, al Comune di residenza, al distretto sanitario di residenza dell'utente e, se diverso, anche al Distretto in cui insiste la struttura.

Il progetto sociosanitario e il relativo piano esecutivo sono soggetti a verifica periodica da parte dell'U.V.I. secondo i tempi e le modalità previste dallo stesso e, comunque, non oltre i tre mesi.

Il Responsabile della struttura, in collaborazione con i responsabili delle attività sanitarie e delle attività sociali della struttura, provvede a garantire un flusso costante di comunicazione con l'U.O. distrettuale, il MMG e i Servizi Sociali dell'Ambito territoriale per:

- Eventuali modifiche al piano esecutivo;
- Verifica dei risultati;
- Dimissioni o trasferimento a diverso luogo di cura.

Tutte le modifiche del Piano esecutivo comportanti effetti sul versante economico (frequenza degli accessi, dimissioni e trasferimenti, ecc.), vanno autorizzate dall'U.V.I., fatte salve situazioni di emergenza, prontamente comunicate al Comune e all'U.O. Anziani o distrettuale di competenza, per le variazioni del/i contratto/i dell'assistito/familiari.

Le procedure per la dimissione

In merito alle modalità e le procedure di dimissione si rimanda all'art. 4 del presente regolamento

Art. 6 - ASSISTENZA RESIDENZIALE A DISABILI GRAVI

Finalità del servizio e destinatari

L'assistenza integrata residenziale eroga prestazioni socio sanitarie per disabili gravi al fine di sostenere ed assistere la persona con ridotta autonomia, con prestazioni consistenti in:

- Assistenza riabilitativa volta al mantenimento delle abilità presenti e alla prevenzione terziaria;
- Attività di riabilitazione anche differenziata, per il mantenimento ed il consolidamento delle abilità acquisite e per contrastare le riacutizzazioni e regressioni;

- Modalità di intervento mirate al recupero, al reinserimento, all'autonomia, alla salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell'utente, in coordinamento e in collegamento con gli altri servizi della rete e con il nucleo familiare, parentale ed affettivo della persona.
- Coinvolgimento della famiglia nella definizione e attuazione dei piani di assistenza, recupero e risocializzazione.
- Fornire sollievo temporaneo ai familiari, per motivate esigenze.

Nei Centri possono essere accolte persone disabili per le quali sussistono contemporaneamente i sottoelencati criteri di eleggibilità:

- perdita dell'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana;
- condizioni sanitarie caratterizzate da comorbidità, e rischio di instabilità clinica, tali da non richiedere cure intensive ospedaliere;
- condizioni socioambientali che non consentono la permanenza al domicilio, sia pure con il supporto dei servizi domiciliari e semi-residenziali;
- condizioni cliniche che non consentono un adeguato trattamento a domicilio, o il trasferimento quotidiano dal proprio domicilio verso una struttura semiresidenziale, senza pregiudizio per lo stato di salute, o infine l'accoglienza in strutture residenziali a carattere sociale;
- necessità di medio livello di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

Procedure per l'accesso e la presa in carico.

In merito alla segnalazione, la proposta d'accesso, la valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione del progetto personalizzato dell'UVI, l'individuazione del responsabile della presa in carico si rimanda agli artt. 3 e 4 del presente regolamento

Modalità e procedure per l'erogazione della prestazione

In merito alle modalità e procedure per l'erogazione della prestazione si rimanda a quelle previste per il ricovero in RSA.

Le procedure per la dimissione

In merito alle modalità e le procedure di dimissione si rimanda a quelle previste per il ricovero in RSA.

Art. 7 - ASSISTENZA RESIDENZIALE A PERSONE CON PROBLEMI PSICHIATRICI

Finalità del servizio e destinatari

Sono strutture extraospedaliere, nelle quali vengono attuati interventi terapeutici e riabilitativi di salute mentale nelle sue varie graduazioni ed articolazioni, da periodico a continuativo, o con forme di protezione differenziate e flessibili, in rapporto alle condizioni di salute degli utenti, secondo piani personalizzati d'intervento.

Procedure per l'accesso e la presa in carico.

In merito alla segnalazione, la proposta d'accesso, la valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione del progetto personalizzato dell'UVI, l'individuazione del responsabile della presa in carico si rimanda agli artt. 3 e 4 del presente regolamento

Modalità e procedure per l'erogazione della prestazione

In merito alle modalità e procedure per l'erogazione della prestazione si rimanda a quelle previste per il ricovero in RSA.

Le procedure per la dimissione

In merito alle modalità e le procedure di dimissione si rimanda a quelle previste per il ricovero in RSA.

Art. 8 - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Finalità del servizio e destinatari

Tale servizio è rivolto alle persone anziane, autosufficienti e non, ai portatori di handicap e a tutti i nuclei che necessitano di sostegno e aiuto. Nasce per integrare l'assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale con forme di assistenza sanitaria, in collaborazione con l'ASL, al fine di consentire all'utente di beneficiare di una prestazione sociale e anche sanitaria, infermieristica e riabilitativa.

La domanda di aiuto è accolta di norma da un operatore dell'Ufficio Assistenza Sociale del Comune di residenza, che fornisce informazioni e orienta sulla rete dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, verbalmente o telefonicamente.

L'A.S. comunale raccoglie informazioni e approfondisce i diversi aspetti della situazione, anche attraverso strumenti validati in uso al Servizio. L'A.S. espone e chiarisce alla famiglia le varie fasi del percorso assistenziale. Considera l'eventuale invio all'UVI distrettuale per la valutazione dell'inserimento in Assistenza Domiciliare integrata.

Per il percorso ADI si rinvia all'art. 3 del presente regolamento

Art. 9 – Ricorsi

I richiedenti la cui domanda di autorizzazione e concessione non è stata accolta ovvero è stata accolta a condizione di compartecipazione, possono, entro trenta giorni dalla comunicazione delle risultanze dell'istanza, opporre opposizione scritta al Sindaco del Comune di residenza o al Direttore dell'ASL, secondo le competenze.

Esaminata la documentazione e se del caso sentiti gli interessati, il Sindaco o il Direttore dell'ASL decide entro trenta giorni dalla data del ricevimento del ricorso in ordine alla corretta applicazione del presente regolamento.

CAPO III

CRITERI DI VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA E COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA

Art. 10 - VALUTAZIONE ECONOMICA PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA RESIDENZIALE

Il soggetto autorizzato alla fruizione del RSA o di altra struttura a regime residenziale, sia in forma temporanea che permanente, ai fini dell'ammissione alla prestazione, è tenuto alla stipula di un contratto con l'ASL contenente l'impegno a corrispondere, se dovuta, la quota retta a carico.

Anche per i soggetti tenuti agli alimenti, ai sensi dell'art. 433 cc. e ss., è prevista la stipula preliminare di un contratto con l'ASL, disciplinato con separato atto, ove sarà stabilita, se dovuta - fino alla copertura integrale della quota giornaliera a carico del soggetto autorizzato, secondo il grado di parentela individuato sulla base del citato art. 433 cc.e ss. - l'entità della loro partecipazione ai costi della prestazione. Non vengono considerati tenuti a tale impegno i familiari con ISEE inferiore alla soglia minima fissata e di cui al Regolamento per l'Accesso al Sistema Integrato Locale dei Servizi e degli Interventi Sociali, come individuato annualmente. Nel caso in cui il soggetto autorizzato conviva con parenti verso i quali ha l'obbligo di prestare gli alimenti, sprovvisti di capacità economica cumulativamente inferiore alla soglia minima di cui in precedenza, il concorso del soggetto autorizzato è limitato ad un importo tale da lasciare al nucleo familiare convivente la disponibilità della soglia minima così come determinata annualmente.

Laddove il soggetto autorizzato richieda al Comune di contribuire al pagamento della retta, la compartecipazione comunale al costo del servizio avverrà, previo scomputo di una quota di franchigia mensile, attraverso le disponibilità economiche dell'utente/richiedente, ricavabili dal suo ISEE annuale in corso di validità (e indipendentemente dalla soglia ISEE posseduta), nonché, in aggiunta, attraverso le sue eventuali altre provvidenze possedute, comprese, rendite, assegno sociale, assegno o pensione di invalidità e qualsiasi altra indennità, fino a copertura dell'intero importo della retta. Per ogni utente sarà garantita una quota di franchigia mensile pari a € 150,00 per le esigenze quotidiane dell'utente stesso.

Sempre nel caso di richiesta di compartecipazione comunale al costo del servizio, dopo l'applicazione dei criteri anzidetti, in caso di porzione della retta rimasta scoperta, è dovuta anche la compartecipazione ai costi stabiliti, nei riguardi dei soggetti autorizzati, da parte dei soggetti tenuti agli alimenti di cui alle norme civilistiche (art. 433 cc. e ss.). Tale concorso al pagamento avviene con le modalità disciplinate al successivo punto, applicando le soglie ISEE, presenti nel vigente regolamento di accesso al Sistema Integrato Locale dei Servizi e interventi sociali.

La quota retta del soggetto autorizzato viene calcolata su base giornaliera, dividendo la base del prelievo, ricavata come sopra, per il numero dei giorni dell'anno solare.

La quota retta a carico del soggetto autorizzato e di quanti tenuti agli alimenti è soggetta ad aggiornamento annuo unitamente all'ISEE. A tale scopo è fatto obbligo a tutti di fornire periodicamente gli aggiornamenti

delle attestazioni ISEE oltre ad eventuali provvidenze dall'ospite percepite non rientranti nel calcolo dell'ISEE (compresi, rendite, assegno sociale, assegno o pensione di invalidità e qualsiasi altra indennità). La mancata presentazione di tali aggiornamenti comporta, a carico degli inadempienti, l'imposizione della quota retta massima agli stessi attribuibile.

Il soggetto autorizzato può comunque stipulare il contratto con la ASL, indipendentemente dalla richiesta di compartecipazione al Comune, che in tal caso parteciperà indirettamente, con l'erogazione del contributo, come calcolato, all'utente/richiedente.

Il Comune aggiornerà mensilmente la graduatoria predisposta per ogni prestazione LEA, partecipando alla spesa fino all'esaurimento della somma come prevista.

Art. 11 - Valutazione economica per le prestazioni di Assistenza Semiresidenziale

Per i soggetti autorizzati alla fruizione di prestazioni di assistenza semiresidenziale (Centro Diurno), per il cui pagamento della retta è richiesto un contributo a carico del fondo sociale comunale, la compartecipazione al costo del servizio avviene attraverso la corresponsione di una quota fissa, da stabilirsi entro il giorno quindici dicembre di ogni anno in sede di Coordinamento Istituzionale, oltre ad una eventuale ulteriore quota, che varia a seconda della fascia d'accesso in cui il nucleo familiare del fruitore si colloca ai sensi dell'art.8 del "Regolamento per l'accesso al Sistema integrato Locale dei Servizi e degli interventi sociali".

Si precisa che nella determinazione dell'ulteriore quota, determinata in misura variabile, si terrà conto solo dell'ISEE del nucleo familiare anagrafico del fruitore in corso di validità, con l'esclusione di ogni altra componente reddituale (rendite, assegni sociali, indennità di accompagnamento).

La quota retta a carico del soggetto autorizzato viene calcolata su base giornaliera, dividendo la base del prelievo, decurtata della misura fissa di cui sopra, per il numero dei giorni dell'anno solare.

E' fatto obbligo ai soggetti autorizzati di fornire periodicamente gli aggiornamenti delle attestazioni ISEE. La mancata presentazione di tali aggiornamenti comporta, a carico degli inadempienti, l'imposizione della quota retta massima agli stessi attribuibile.

Il soggetto autorizzato, ai fini dell'ammissione alla prestazione, è tenuto alla stipula di un contratto con l'ASL contenente l'impegno a corrispondere al centro convenzionato, se dovuta, la quota retta a carico.

Nel caso in cui il soggetto autorizzato conviva con parenti verso i quali ha l'obbligo di prestare gli alimenti, sprovvisti di capacità economica cumulativamente inferiore alla soglia minima di cui in precedenza, il concorso del soggetto autorizzato è limitato ad un importo tale da lasciare al nucleo familiare convivente la disponibilità della soglia minima così come determinata annualmente..

Art. 12 - Valutazione economica per le prestazioni in Assistenza Domiciliare Integrata

Per i soggetti richiedenti tale servizio la valutazione economica riguardante l'applicazione ISEE viene regolamentata annualmente in sede di Coordinamento Istituzionale.

CAPO IV LIVELLO GESTIONALE

Art. 13 – MODALITA' DI GESTIONE DEL SISTEMA DI OFFERTA DELLE PRESTAZIONI INTEGRATE

La effettiva compartecipazione alle spese LEA interesserà, di volta in volta, esclusivamente le prestazioni autorizzate dall'UVI, congiuntamente revisionate e ri-programmate alla luce della normativa vigente e del presente regolamento, o quelle congiuntamente attivate ex novo. Sono escluse dal percorso di autorizzazione UVI le prestazioni SAD e infermieristiche a domicilio, programmate ed erogate indipendentemente dall'Ente/Istituzione di competenza, che comunque rientrano nel sistema delle compartecipazioni ASL/Comuni, secondo la percentuale del 25% dell'effettiva spesa.

Art. 14 – RAPPORTI FINANZIARI

Per ogni anno sono individuati e trasmessi alla Regione, in modo comparato ASL/Ambito, nei tempi come individuati, i dati di previsione di spesa e di previsione alla compartecipazione della spesa delle prestazioni LEA, delle prestazioni SAD e infermieristiche a domicilio, anche queste ultime due categorie prestazionali rientranti in percentuale in quota compartecipazione. Contestualmente, ogni anno, sarà iscritta a Bilancio, per ogni Ente/Istituzione interessata, la previsione di spesa come individuata, comprensiva della previsione di compartecipazione LEA.

A consuntivo, entro i primi tre mesi dell'anno successivo, vanno elaborati dall'ASL i dati di spesa effettiva per tipologia di prestazione erogata (LEA, prestazioni infermieristiche a domicilio), nonché i dati relativi alla compartecipazione come suddivisi per Comune.

A consuntivo, entro i tre mesi dell'anno successivo, vanno elaborati dall'Ufficio di Piano i dati di spesa effettiva per tipologia di prestazione erogata (LEA, prestazioni SAD), nonché i dati relativi alla compartecipazione da parte dell'ASL, determinando nel contempo i rapporti di debito/credito tra i vari Comuni e l'Ambito.

Entro i successivi tre mesi, l'Ufficio di Piano e l'ASL determineranno per differenza le somme che l'ASL dovrà corrispondere all'Ambito o viceversa che l'Ambito dovrà all'ASL. L'Ente che risulterà debitore corrisponderà al creditore quanto così determinato entro la fine di giugno, così come i Comuni regoleranno i loro rapporti di debito/credito con l'Ambito.

Arti. 15 - CONTROLLI

Ai fini dell'accertamento della veridicità delle dichiarazioni fornite dai richiedenti la prestazione agevolata, ogni Comune controlla, anche a campione, la veridicità della situazione familiare dichiarata e confronta i dati reddituali e patrimoniali dichiarati dai soggetti ammessi alle prestazioni con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Per le funzioni di controllo l'ente locale, per accelerare i tempi, potrà richiedere al dichiarante idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati anche al fine della correzione di errori materiali o di modesta entità, in uno spirito di reciproca collaborazione.

Qualora nei controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il Comune adotta ogni misura utile a sospendere e/o revocare i benefici concessi.

CAPO V

Art. 16 - NORME TRANSITORIE

Il Presente Regolamento entrerà in vigore ad intervenuta esecutività delle deliberazioni consiliari dei Comuni aderenti all'Ambito N3 di approvazione, relativa presa d'atto dell'ASL N2 ed alla successiva pubblicazione per quindici giorni agli albi pretori comunali.

Restano salvi tutti gli atti di approvazione ed assunzioni delle spese relativamente agli anni 2002 – 2004 consuntivati nelle schede regionali 3.7 inserite nei Piani di zona di riferimento, come approvati secondo le modalità di Legge.

Del che il presente verbale.

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
SPENA FIAMMA**

**IL SEGRETARIO GENERALE
AMODIO GIOVANNI**

RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione viene pubblicata
All' Albo Pretorio per quindici giorni consecutivi dal

IL MESSO COMUNALE

ESECUTIVITA'

La presente deliberazione, trascorsi 10 gg. dalla data di
pubblicazione, è divenuta esecutiva il

**IL SEGRETARIO GENERALE
AMODIO GIOVANNI**

**IL SEGRETARIO GENERALE
AMODIO GIOVANNI**
