



REGOLAMENTO PER L' ACCESSO E L'EROGAZIONE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI

ai sensi:

- D.Lgs. 502/1992 (Art. 3-septies)
- L.328/00
- DPCM 14 FEBBRAIO 2001
- DPCM 29 NOVEMBRE 2001
- DGRC 6467/02
- art. 41 della L.R. Campania n.11/07 e s.m.i.
- D.G.R.C. n. 1811 del 12/10/2007 e s.m.i.
- D.G.R.C. n. 41/2011
- DCA77/2011
- DCA 81/2011
- DGRC n. 320/2012
- DGRC n. 50/2012
- DGRC n. 483/2012
- D.G.R.C. n.323 /2012
- D.G.R.C. n.324/2012.
- DGRC n. 869 del 29/12/2015
- DPCM 12/01/2017
- DCA 97/2018
- DCA 83/2019
- DCA n. 77 del 23/05/2022
- DGRC 682/2022
- Delibera ASL Caserta n.1359/2023 recepita con DGRC n. 558/2023
- Decr. Dir. Regione Campania n. 428 dell'08/05/2024
- DGRC 526/2025

INDICE

Art. 1 – Il Distretto Sanitario

Art. 2 - Ambito di applicazione: le prestazioni sociosanitarie integrate

Art. 3 - I destinatari

Art. 4 - Accesso ed erogazione dei servizi sociosanitari integrati

Art. 5 - I Punti unici di Accesso (P.U.A.)

Art. 6- Richiesta d'accesso o segnalazione

Art. 7 - Presa in carico

Art. 8 - La proposta di ammissione

Art. 9 - L'Unità di Valutazione Integrata (UVI)

Art. 10 - Gli Uffici Sociosanitari distrettuali

Art. 11 - Convocazione dell'UVI;

Art. 12 - Compiti dell'UVI e l'individuazione del Responsabile del caso;

Art. 13 - I capisaldi obbligatori dei verbali UVI

Art. 14 - Il Progetto personalizzato;

Art. 15 - L'erogazione del servizio sociosanitario;

Art. 16 - Modalità di pagamento delle quote di compartecipazione sociale

Art. 17 - Formazione e Aggiornamento

Art. 18 - Norme di rinvio

ART.1- Il Distretto Sanitario

Il Distretto Sanitario è l'articolazione aziendale dove si realizza l'integrazione sociosanitaria caratterizzandosi con i suoi strumenti di coordinamento, tra cui le case di Comunità, come un'area all'interno della quale si incontrano i bisogni e le modalità obbligate di intervento. Nello specifico, il Distretto Sanitario e le sue articolazioni è deputato a:

- Decodificare la domanda assistenziale.
- Accompagnare l'utente presso i servizi competenti.
- Garantire la presa in carico integrata dei pazienti complessi con gli Ambiti Territoriali.
- Elaborare il Progetto di Assistenza Individuale (PAI), gestendone l'evoluzione.

ART. 2- Ambito di applicazione: le prestazioni sociosanitarie integrate

Le prestazioni sociosanitarie integrate attengono prevalentemente alle aree:

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

Tali prestazioni si articolano in Prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali. Ai sensi del DPCM del 29.11.01 e del successivo DPCM del 12/01/2017 -Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)-, i percorsi assistenziali integrati afferiscono alle seguenti aree d'intervento:

- **Cure domiciliari e palliative-Assistenza programmata a domicilio (ADI, PTRI/BdS e ADP)**
comprese le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, che sono interamente a carico del SSN per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi;
- **Assistenza semiresidenziale**
Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali – prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi - in compartecipazione secondo le percentuali previste dalla normativa vigente -;
Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani – prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo - in compartecipazione secondo le percentuali previste dalla normativa vigente -;
- **Assistenza residenziale**
Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale- in compartecipazione secondo le percentuali previste dalla normativa vigente-;

Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi- in compartecipazione secondo le percentuali previste dalla normativa vigente-;

Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi di sostegno familiare- in compartecipazione secondo le percentuali previste dalla normativa vigente-;

Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani – prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo- in compartecipazione secondo le percentuali previste dalla normativa vigente-;

Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone con infezione da HIV – prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungo-assistenza in regime residenziale- in compartecipazione secondo le percentuali previste dalla normativa vigente -;

ART.3 - I destinatari

I destinatari delle prestazioni sociosanitarie integrate sono cittadini residenti nei Comuni associati degli Ambiti Territoriali/ConSORZI in stato di bisogno sociosanitario complesso, con particolare riferimento ai soggetti fragili, in condizione di dipendenza e non autosufficienza. In caso di utenti inseriti in assistenza residenziale, vale, in raccordo con la normativa vigente, la residenza prima del primo ricovero (L. 328/2000, art. 6, comma 4).

ART.4 - Accesso ed erogazione dei servizi sociosanitari integrati

Considerando che i LEA definiscono come principi cardine dell'integrazione sociosanitaria i percorsi assistenziali integrati, la valutazione multidimensionale e il progetto di assistenza individuale (PAI), l'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti prestazioni sociosanitarie integrate avviene con procedure unitarie e condivise, con la sottoscrizione di Accordi di Programma ai sensi della L. 328/00, tra ASL e i 10 Ambiti Territoriali/ConSORZI del territorio afferente all'ASL Caserta attraverso:

- I Punti Unici di Accesso (PUA) I Livello (accesso e valutazione)
- l'Unità di Valutazione Integrata (UVI) II Livello (presa in carico)

ART.5 - I Punti Unici di Accesso

Già la legge regionale 11/2007, nell'art. 41 definiva la Porta Unica di Accesso *“quale funzione esercitata sia dal segretariato sociale per i comuni sia dai distretti sanitari per le ASL, con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti (sociali, sanitari e sociosanitari)”*.

In applicazione delle linee operative della DGRC n. 790 del 21/12/2012, ratificate con D.C.A. n. 84/2013 che l'ASL Caserta recepisce con deliberazione n. 45 del 15.01.2013, venivano implementate *le porte uniche di accesso* presso ogni distretto sanitario. Le stesse, dalla normativa di

riferimento, furono definite come “*una funzione territoriale attivata all’interno del Servizio di Segretariato Sociale presente in ogni Comune dell’Ambito ed all’interno della sede del Distretto Sanitario al fine di facilitare l’accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali previste dal Piano Sociale di Zona (PdZ) e dal Piano Attuativo Territoriale (PAT)*”.

Il successivo Decreto Ministeriale 77/2022 (Attuazione PNRR) ha definito il *Punto Unico di Accesso* come uno standard operativo obbligatorio da collocare fisicamente all’interno delle Case di Comunità le quali, in quanto strumento di coordinamento di tutti i servizi offerti sul territorio, devono garantire la presa in carico del paziente soprattutto quando affetto da patologie croniche. I PUA si configurano con la funzione di snodo dell’offerta dei servizi alla persona, attraverso l’accesso unitario e integrato ai servizi sanitari e sociosanitari in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile.

I PUA, quindi, non sono solo un luogo fisico ma l’espressione di una modalità organizzativa, in questo senso, originale, nei sistemi organizzativi, che prevede un approccio multiprofessionale e orientato all’ascolto dei bisogni del cittadino e di interfaccia con la rete dei servizi già presenti nel territorio.

Compito dei PUA all’interno della CdC è quello di collaborare tra i Servizi Sociali e i Servizi Sanitari con l’obiettivo non solo di informare (p.es. su risorse e progetti di Comunità -volontariato, associazionismo, ecc.) ma soprattutto di effettuare una lettura adeguata e globale della domanda del cittadino e dei suoi caregiver per individuare i bisogni e gli appropriati percorsi di risposta e presa in carico. Essi rappresentano lo spazio della decodifica della domanda assistenziale, dell’orientamento, della segnalazione con attenzione all’ascolto delle persone e vigilanza sul rischio di burocratizzazione del servizio. Tra gli obiettivi è presente quello di operare in maniera qualificata con le Centrali Operative Territoriali (COT) soprattutto al fine di garantire l’appropriatezza dei setting assistenziali.

ART.6 - Richiesta d’accesso o segnalazione

La richiesta di accesso o segnalazione ai PUA nelle CdC può essere attivata:

- dal singolo cittadino interessato;
- da un familiare, parente o componente della rete informale (es. vicinato);
- da un tutore giuridico;
- da Servizi sanitari (UO ospedaliere, UO distrettuali, MMG/PLS etc.; strutture residenziali);
- dai servizi sociali o da altri servizi dell’ambito territoriale.

In tutti i casi in cui la segnalazione/richiesta non è stata effettuata dal diretto interessato, occorre acquisire dal cittadino o dal suo tutore giuridico il consenso informato al trattamento dei dati da parte dei diversi soggetti della rete di servizi sociali e sanitari, nel rispetto della normativa sulla privacy e della L.241/90 in merito alla responsabilità del procedimento.

ART.7 - Presa in carico

Gli attori dei PUA devono discriminare il bisogno espresso dal cittadino (*valutazione di primo livello*) ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell’intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l’invio e

l'accompagnamento ai servizi - sanitari o sociali - o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata.

In caso di bisogno semplice, cui corrisponde l'erogazione di prestazioni sanitarie o sociali che non richiedono una valutazione multidimensionale, tutti i punti di accesso possono svolgere funzioni di informazione, orientamento, invio ed accompagnamento alla prestazione richiesta.

In caso di bisogno complesso, ossia quando nel corso del processo di presa in carico da parte di uno dei punti di accesso, si ritiene che esistano situazioni multiproblematiche e condizioni di complessità che richiedano una attività integrata con la partecipazione sia del servizio sociale sia del servizio sanitario, il punto di accesso deve attivare il Servizio Sociale Professionale e l'UO distrettuale competente, che in raccordo con il MMG/PLS, formulano proposta motivata di ammissione alle prestazioni sociosanitarie integrate.

ART.8 - La proposta di ammissione

La proposta di Ammissione è inviata al Direttore del Distretto Sanitario ed al Coordinatore dell'Ambito Territoriale/Consorzio, ai quali è affidata la responsabilità di attivare l'UVI.

La Proposta di ammissione deve contenere oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso, le seguenti informazioni:

- indicazioni generali di carattere socio ambientale relative a condizioni abitative e situazione familiare (nucleo di convivenza e di primo grado), rete familiare e sociale di supporto, situazione economica del soggetto e del nucleo familiare;
- bisogno/problema rilevato (condizioni generali di salute, diagnosi cliniche e patologie presenti), corredato da certificazione medica del MMG/PLS o di struttura pubblica a supporto della richiesta;
- prima valutazione sulla presenza dei requisiti per l'attivazione del servizio specifico;
- prima ipotesi di intervento;
- principali riferimenti territoriali da attivare per la valutazione multidimensionale (MMG/PLS, unità operative distrettuali, servizio sociale, ecc...);
- tempi di attivazione dell'UVI.

In caso di dimissione protetta vengono applicate le indicazioni contenute nella Delibera del Direttore Generale n. 1570 del 29/09/2024.

ART.9 - L'Unità di Valutazione Integrata (UVI)

L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.), quale equipe sociosanitaria multidisciplinare integrata, è composta da personale dell'ASL e dell'Ambito Territoriale/Consorzio. All'UVI devono partecipare i seguenti componenti:

- Direttore del Distretto Sanitario e Coordinatore dell'Ufficio di Piano/Ambito Territoriale/Consorzio entrambi delegati alla spesa per le parti di ciascuna competenza;
- Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) dell'assistito e assistente sociale dell'Ambito Territoriale, entrambi responsabili della presa in carico del cittadino/utente;
- Medico dell'U.O. distrettuale competente.

L'UVI può essere integrata con figure specialistiche sanitarie e sociali legate alla valutazione del singolo caso, su richiesta rispettivamente del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano/Ambito Territoriale/Consorzio.

Alle sedute è sempre invitato a partecipare il cittadino-utente, o suo familiare, il quale è coinvolto nella fase di formazione del Progetto personalizzato. Possono essere invitati inoltre:

- gli ETS coinvolti nella cogestione di PTRI BdS nell'ambito delle fasi di co-programmazione del progetto personalizzato.
- operatori di servizi esternalizzati o di altri servizi pubblici eventualmente coinvolti nella fase attuativa del Progetto personalizzato.

L'U.V.I. si riunisce di norma presso il Distretto Sanitario salvo diverse esigenze per le quali risulti opportuno, su decisione congiunta del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano, utilizzare un'altra sede sanitaria territoriale od extraterritoriale (strutture residenziali extra ASL) o la sede dei servizi sociali territoriali coinvolti, oppure il domicilio del richiedente la prestazione.

ART.10 - Gli Uffici Sociosanitari Distrettuali

In ottemperanza alla DGRC 6467/02 e s.m.i., è presente in ogni Distretto Sanitario un Ufficio SocioSanitario con compiti specifici rispetto all'integrazione sociosanitaria, collocato in funzione di staff della direzione del distretto sanitario e in raccordo funzionale con il Coordinamento Sociosanitario del quale rappresenta la proiezione a livello locale e col quale è in costante rapporto di feed-back per tutti gli aspetti relativi alle attività sociosanitarie integrate. Ai sensi del DCA n. 22 del 22 marzo 2011, ogni distretto ha un Referente Sociosanitario individuato dal direttore tra il personale dipendente. L'USS svolge, a supporto del Direttore di Distretto, funzioni di:

- programmazione territoriale integrata
- integrazione con le attività propedeutiche all'accesso unitario di competenza dei Punti Unici di Accesso (PUA);
- gestione e coordinamento di una banca dati riferita all'utenza, ai servizi e alle strutture residenziale e semiresidenziali nonché alle prestazioni domiciliari afferenti al sistema dei Budget di salute;
- coordinamento e raccordo in particolare tra i servizi sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria del distretto e tra questi e i servizi sociali aziendali e territoriali;
- gestione dei procedimenti relativi alla convocazione delle UVI e alle manifestazioni d'interesse ai sensi della L.241/90 per la ricerca di cogestori di PTRI BdS;
- analisi dei bisogni e delle risorse; monitoraggio, valutazione dei programmi e delle attività sociosanitarie integrate distrettuali che sono oggetto di verifica semestrale attraverso la trasmissione al Coordinamento Sociosanitario del REPORT sociosanitario.

Il REPORT sociosanitario che deve essere trasmesso entro il 20 luglio (primo semestre) ed il 28 febbraio (consuntivo intero anno) al Coordinamento Sociosanitario. Esso costituisce uno strumento strategico per la rendicontazione dei progetti partecipati con gli Ambiti Territoriali/Consorzi dettagliando la spesa per ciascun attore (ASL, Ambito Territoriale/Consorzio, Utente).

È onere dell'Ufficio Sociosanitario compilarlo, in accordo con il Direttore di Distretto, acquisendo anche i dati UOSM e Ser.D. Il report contiene tutte le informazioni in possesso di ciascun ufficio sociosanitario (PTRI BdS) e quelle trasmesse dal Coordinamento Sociosanitario desunte dal FILE

H trasmesso dal Servizio Controllo Centri Accreditati che ciascun distretto sanitario deve certificare.

Il Coordinamento sociosanitario può richiedere per particolari esigenze amministrative e contabili report a scadenza più ravvicinata (mensile o trimestrale). Il Coordinamento Sociosanitario svolge, altresì, tramite personale dedicato attività di coordinamento e supervisione anche con interventi diretti presso gli Uffici Sociosanitari per necessità ispettive e/o formative.

SIGARS (Sistema Informativo per la Gestione dell'Assistenza Sociosanitaria Residenziale e Semiresidenziale)

Il sistema SIGARS fa parte della rete digitale SINFONIA ed è operativamente gestito da SORESA. Esso costituisce il sistema digitale della Regione Campania dedicato alla presa in carico, gestione e monitoraggio dei percorsi di cura per adulti, anziani non autosufficienti e disabili, assistiti in regime semiresidenziale e residenziale, facendo dialogare in tempo reale i diversi soggetti del sistema sociosanitario regionale:

- ✓ **ASL**
- ✓ **RSA e Centri Diurni pubblici e privati accreditati**
- ✓ **Ambiti Territoriali/ConSORZI**

Rientra nelle competenze dell'Ufficio Sociosanitario la *governance* di questo sistema informativo.

ART.11 - La Convocazione dell'UVI

Sulla base della proposta per l'ammissione alle prestazioni sociosanitarie, il Direttore del Distretto Sanitario ed il Coordinatore dell'Ambito Territoriale/ConSORZIO concertano la convocazione dell'UVI. Se lo ritengono necessario possono chiedere chiarimenti o integrazioni alla proposta di ammissione, prima di procedere alla convocazione dell'UVI.

L'UVI è convocata per iscritto a firma congiunta o singola del Direttore del Distretto e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano (o loro delegati).

Le convocazioni UVI a firma singola del Direttore o suo delegato sono inviate ai componenti della parte sanitaria, al Coordinatore dell'Ambito Territoriale/ConSORZIO, che può coinvolgere le figure tecniche necessarie anche per il tramite del Dirigente delle Politiche Sociali comunali.

Le convocazioni UVI a firma singola del Coordinatore dell'Ambito Territoriale/ConSORZIO o suo delegato sono inviate al cittadino-utente, o suo familiare, ai componenti per la parte sociale ed al Direttore del Distretto Sanitario, che provvede a convocare a sua volta i componenti per la parte sanitaria.

L'UVI è generalmente convocata, una volta alla settimana, in un giorno lavorativo, stabilito di comune accordo tra il Direttore del Distretto ed il Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

La convocazione formale dell'UVI, da conservare nei fascicoli con la prova di consegna, dovrà avvenire sempre via PEC, con indicazione di data, orario, ordine del giorno/casi da valutare;

Le sedute UVI per essere valide devono registrare la presenza di almeno un componente della parte sociale ed un componente dell'ASL. Qualora il Direttore del Distretto Sanitario ed il Coordinatore dell'Ambito Territoriale/ConSORZIO fossero impossibilitati a partecipare, la seduta è comunque valida se successivamente provvedono a sottoscrivere il Progetto Personalizzato al fine di assicurare la copertura della spesa per la parte di competenza.

Nel caso in cui il Coordinatore dell'Ambito Territoriale/Consorzio non possa sottoscrivere il Progetto Personalizzato per esaurimento dei fondi programmati nel Piano di Zona Sociale, la copertura della quota sociale del Progetto Personalizzato potrà essere assicurata per intero dall'utente o suo familiare/tutore con consenso informato e sottoscrizione di specifica dichiarazione. Per ogni seduta UVI è redatto specifico verbale secondo lo schema allegato alla D.G.R.C. n. 1811 del 12/10/2007 e s.m.i.

Il verbale UVI dovrà sempre riportare in modo espresso i nominativi dei componenti presenti e assenti (soprattutto in caso di assenza dell'Ambito Territoriale/Consorzio) con l'indicazione della regolare convocazione. In caso di mancata partecipazione della parte sociale, dovrà essere inserita nel verbale la seguente formula: *“L'Ambito Territoriale, pur regolarmente convocato, non è intervenuto nella seduta”*. Al termine della seduta, dovrà seguire tempestiva trasmissione per PEC all'Ambito Territoriale/Consorzio del verbale così da consentire di attivare le procedure di competenza.

Per ogni utente valutato in UVI è compilata e adottata la modulistica SVAMA (DGRC 323/2012) o SVAMDI (DGRC 324/2012).

Considerato che, di norma, la presa in carico deve avvenire entro 30 giorni dalla richiesta di accesso, per garantire il rispetto di tale tempistica, la valutazione multidimensionale a cura dell'UVI deve concludersi, con la redazione del Progetto Personalizzato (PAI) entro 20 gg. dalla proposta di ammissione e dall'attivazione del percorso integrato, rispettando nell'ordine di precedenza le urgenze.

Nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito Territoriale/Consorzio, 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 (DGRC 50/2012 – allegato 1, art. 5, comma 4).

Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria, per ragioni di necessità ed urgenza assoluta ed indifferibile una presa in carico immediata. In questi casi l'accesso alle prestazioni sociosanitarie integrate potrà essere autorizzato per iscritto in via eccezionale congiuntamente dal Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ambito Territoriale/Consorzio e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di UVI.

ART.12 - Compiti dell'UVI e individuazione del Responsabile del caso

La UVI, sulla base delle istruttorie di competenza svolte dai servizi coinvolti, svolge i seguenti compiti:

- a) effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali dell'assistito e del suo nucleo familiare (valutazione di secondo livello), applicando strumenti idonei e standardizzati (schede e scale di valutazione sanitaria e sociale: SVAMA/SVAMDI /altro);
- b) elabora il PAI, tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. Il Progetto deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- c) individua tra i propri componenti il Responsabile del caso per garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dal Progetto personalizzato;

- d) individua il costo della prestazione autorizzata e stabilisce la percentuale di compartecipazione alla spesa sociosanitaria da parte dell'ASL e dell'Ambito Territoriale/Consorzio/utente;
- e) trasmette il PAI al Direttore del Distretto Sanitario e/o al Coordinatore dell'Ambito Territoriale/Consorzio per l'autorizzazione alla spesa di competenza, se non presenti in UVI;
- f) acquisisce il consenso formale del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato e al pagamento dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa;
- g) verifica e aggiorna l'andamento del PAI;
- h) stabilisce le modalità di dimissione;
- i) provvede alla tenuta ed archiviazione dei fascicoli personali degli assistiti.

Rispetto al compito di cui alla lett. c), è importante distinguere tra la responsabilità clinica del caso, che rimane in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari) e la responsabilità del Progetto di Assistenza Individualizzato (PAI), che è appunto del *Case Manager o Responsabile del caso*. Il ruolo di Case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente: può quindi essere una figura sanitaria o sociale, in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative. Il responsabile del caso viene individuato tra i propri componenti in sede UVI, scelto in base al maggior coinvolgimento che egli assume sia sul piano tecnico-scientifico, sia sul piano amministrativo ed è all'UVI che deve direttamente rispondere del suo operato. Visto l'impegno che tale funzione richiede, è opportuno affidare ad uno stesso operatore un numero limitato e compatibile di casi da coordinare.

ART.13 - I capisaldi obbligatori dei verbali UVI

Di seguito, si elencano i capisaldi che in ottemperanza alla normativa vigente, devono obbligatoriamente costituire parte sostanziale del corpo dei verbali:

- Come già indicato nella Delibera ASL Caserta n.582 del 12/05/2014, va utilizzato lo schema contenuto nell'Allegato D delle DGRC 323 e 324 del 03/07/2012 - schede SVAMA e SVAMDI- (*verbale U.V.I.*)-;
- Oltre alla durata del progetto, alla tariffa giornaliera con indicazione della percentuale di compartecipazione a carico di ciascun ente e eventualmente, per la parte sociale, dell'utente, che vale per ogni tipologia di progetto personalizzato, nel caso dei PTRI BdS non deve mai mancare l'indicazione dell'intensità, della frequenza settimanale anche quando ci sia stato l'invio alla presa in carico attraverso questo sistema da parte di un provvedimento giudiziario;
- Per la quota sociale la eventuale compartecipazione alla spesa fra utente e AT deve essere stabilita contestualmente e non può essere rinviata ad una ipotetica data successiva. Nel caso, in seguito, venga definita una compartecipazione sociale diversa, questa decorre dalla data di notifica e non può avere effetto retroattivo;
- Nei verbali non deve mai mancare l'indicazione del case manager, del care giver, del tutore, dell'amministratore di sostegno;
- In caso di cogestione di PTRI/BdS attraverso l'asse *casa/habitat sociale* i verbali non devono mai riportare indicazioni erronee e confusive in merito alla tipologia di regime

assistenziale attraverso l'indicazione "*PTRI residenziale*"; allo stesso modo in caso di cogestione di PTRI/BdS attraverso l'asse *apprendimento/socialità/affettività*, il PAI non va mai denominato "*PTRI semi-residenziale*";

- Nel caso dei PTRI BdS, considerato che il sistema si attiva attraverso una manifestazione d'interesse rivolta ai cogestori componenti l'elenco aziendale e si avvia attraverso l'istituto della co-progettazione, le istanze presentate dai cogestori sono **proposte progettuali** e non "*offerte in virtù del nuovo codice degli appalti D. Lgs.50/2016*";
- Nel caso in cui non si addivenisse a risoluzioni condivise, dovranno essere riportate nel verbale le motivazioni addotte da ogni tecnico in merito all'appropriatezza clinica da loro sostenuta;
- I componenti dell'UVI devono sempre sottoscrivere la dichiarazione di assenza di conflitto d'interessi;
- Gli Uffici sociosanitari distrettuali si devono sempre assicurare che sia presente negli atti la dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'utente o suo rappresentante;
- Eventuale citazione di delibere aziendali sui PTRI BdS deve far riferimento a quelle più recenti;

ART.14 - Il Progetto di Assistenza Individuale (PAI)

Il Progetto di Assistenza Individuale (PAI) definisce esplicitamente e in maniera analitica:

- ✓ gli obiettivi essenziali da raggiungere;
- ✓ la tipologia della prestazione;
- ✓ la data di avvio e la durata presumibile degli interventi;
- ✓ tempi di verifica dell'andamento del Progetto;
- ✓ i costi della prestazione e la ripartizione percentuale dei costi tra ASL e Ambito Territoriale/Consorzio/utente;
- ✓ il consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

Il Progetto deve prevedere:

- 1) Anamnesi del Medico di Medicina Generale (M.M.G.) o del Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.);
- 2) Anamnesi socio-ambientale del singolo e/o del nucleo familiare;
- 3) Diagnosi sociosanitaria come per esempio I.C.F. (International classification of Functioning Disability and Health);
- 4) Diagnosi sociale;
- 5) Individuazione risorse personali;
- 6) Individuazione risorse familiari (famiglia nucleare e allargata);
- 7) Individuazione risorse comunitarie;
- 8) Indicatore della situazione economica del singolo e/o del nucleo familiare di riferimento (I.S.E. e I.S.E.E.);
- 9) Obiettivi dell'intervento integrato;
- 10) Metodologia;

- 11) Prestazione sanitaria dettagliata e operatori coinvolti;
- 12) Prestazione sociale dettagliata e operatori coinvolti;
- 13) Eventuale impegno di risorse del terzo settore e operatori coinvolti;
- 14) Case Manager;
- 15) Tempistica;
- 16) Strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione;
- 17) Eventuali moduli, schede, protocolli, relazioni, certificazioni, frutto della professionalità, dell'esperienza, della competenza, dei componenti e/o delle unità operative e dei servizi che questi rappresentano.

Tutti i componenti dell'U.V.I. contribuiscono all'elaborazione del PAI attraverso l'apporto della propria competenza professionale e delle funzioni istituzionali che rappresentano.

Il Progetto è sottoscritto dai componenti dell'U.V.I. e proposto al cittadino/utente, a cura del Case Manager (eventualmente supportato da altri componenti dell'U.V.I.), per l'accettazione dello stesso.

L'utente ha la possibilità di:

1. accettare o non accettare il Progetto,
2. proporre eventuali modifiche, motivate;
3. chiedere la revisione, motivata, successivamente alla sua sottoscrizione.

L'utente può avvalersi della consulenza e del sostegno delle organizzazioni di tutela e rappresentanza dei consumatori e degli utenti.

Il PAI è redatto in triplice copia, di cui una riservata al Distretto, una riservata all'Ambito ed una riservata per l'utente o suo familiare/tutore. La copia riservata al Distretto è conservata presso la sede in un fascicolo personale, nel quale è riposta tutta la documentazione relativa all'assistito (proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, ecc.) nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs 196/2003). Tale fascicolo può essere consultato dai componenti dell'U.V.I.

Qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato il PAI (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori. Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno decise e condivise dall'U.V.I.

ART.15 - L'erogazione del servizio sociosanitario

Alla definizione del PAI da parte dell'U.V.I. segue l'erogazione del servizio sociosanitario autorizzato a cura del Distretto Sanitario e dell'Ambito Territoriale/Consortio.

Il Direttore del Distretto Sanitario ed il Coordinatore dell'Ambito Territoriale/Consortio sottoscrivono congiuntamente specifica autorizzazione secondo i modelli in uso e le procedure consequenziali in base alla normativa vigente.

In merito ai servizi di assistenza in gruppi di convivenza, assimilati ai servizi domiciliari, si applicano le linee guida di cui al DCA n. 16 del 11/02/2013 "Disciplina e definizione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali regionali sostenuti con budget di salute. Adozione Linee Guida ai sensi dell'art. 46 della L.R. n. 1/2012. Presa d'atto DGRC n. 483/2012". Il riferimento aziendale sulla materia è costituito dalle Delibere 626/2024 e 1956/2024.

ART.16 - Modalità di pagamento delle quote di compartecipazione sociale

In conformità a quanto prescritto dai Decreti della Regione Campania n. 77/11, n. 81/11 e succ., salvo diverse disposizioni regionali, le strutture che erogano prestazioni sociosanitarie soggette alla compartecipazione di cui all'allegato 1C del D.P.C.M. del 29.11.2001 e succ., secondo le disposizioni di cui all'allegato C del Decreto Commissariale 6/2010 e autorizzate dalle U.V.I. ad attuare uno o più PAI , devono fatturare alla ASL esclusivamente le tariffe dovute per la componente sanitaria, all'Ambito Territoriale/Consorzio la quota delle tariffe per la componente sociale, all'utente la quota di compartecipazione a suo carico.

L'eventuale quota di compartecipazione a carico dell'utente è calcolata in base al Regolamento di Ambito approvato dal Coordinamento Istituzionale sulla tariffa dovuta per la componente sociale.

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

In caso di utenti inseriti in assistenza residenziale, vale, in raccordo con la normativa vigente, la residenza prima del primo ricovero (permanendo la costanza di ricovero, pur se in strutture diverse) al fine di stabilire il Comune competente ad integrare il pagamento della quota sociale, che l'utente non è in grado di corrispondere per intero.

ART.17 - Formazione e Aggiornamento

L'integrazione sociosanitaria rappresenta un fattore fondamentale di qualificazione dell'offerta dei servizi e prestazioni al fine di generare maggiore efficacia di cura e di sostegno, favorendo un uso più efficiente delle risorse e diminuendo il disagio dei cittadini nel rapporto con i servizi.

Il Coordinamento Sociosanitario, sentiti i direttori dei Distretti e dei Dipartimenti, attiva corsi di formazione per aggiornare gli addetti della rete sociosanitaria:

- ✓ sulle numerose novità normative e/o gli indirizzi aziendali,
- ✓ sulla corretta applicazione degli stessi,
- ✓ sul superamento degli steccati tra i diversi Enti coinvolti nella rete,
- ✓ sull'acquisizione di una capacità lavorativa effettivamente integrata tra le diverse figure professionali.

ART. 18 - Norme di Rinvio

Per tutto quanto non previsto dal presente regolamento, si fa rinvio alla normativa, regolamenti e atti nazionali e regionali in materia di integrazione socio-sanitaria.