



OGGETTO: Revoca Deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 19 del 15.01.2015 – Presa d’atto ed approvazione delle nuove Linee Guida per i percorsi Socio sanitari.

**IL DIRETTORE DELL’U.O.C. COORDINAMENTO SOCIO – SANITARIO**

Alla stregua dell’istruttoria compiuta Direttore dell’U.O. C. Coordinamento Socio Sanitario e del risultato di tutti gli atti richiamati nella premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell’espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa resa dal Dirigente suddetto a mezzo della sottoscrizione della presente;  
dichiarata, altresì, con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto, i principi del D.lgs. 30 giugno 2003 n° 196, con conseguenziale esclusiva assunzione di responsabilità;  
dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi della legge 6 novembre 2012 n° 190.

**PREMESSO CHE:**

- con Deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 19 del 15 gennaio 2015 sono state adottate le Linee Guida per i Percorsi Sociosanitari;
- la Deliberazione di cui al punto precedente è stata concordata ed condivisa con i Rappresentanti dei M.A.P.;

**CONSIDERATO** che nel frattempo sono intervenute nuove disposizioni normative a livello nazionale e regionale.

**TENUTO conto** che:

- nell’Atto Aziendale, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 372 del 31.05.2017, approvato con D.C.A. n. 39 del 25.09.2017, vi è stata una rimodulazione dell’organizzazione dei Distretti Sociosanitari aziendali;
- nei Distretti Socio sanitari nell’U.O.S. Assistenza Territoriale è prevista un’I.P.A.S. Sociosanitaria.

**VISTO:**

- la Legge 8 novembre 2000 n° 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- il DPCM 29.11.2001 “Livelli Essenziali di Assistenza” Allegato 1C;
- il DPCM 12.01.2017 “Livelli Essenziali di Assistenza” Allegato Prestazioni Sociosanitarie;

- la DGRC n° 1826 del 04.05.2001 avente ad oggetto “Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- il DCA n° 81 del 20.12.2011 avente ad oggetto “Integrazioni e modifiche del DCA n° 77 del 11.11.2011 “Procedure per l’applicazione della compartecipazione alla spesa delle prestazioni sociosanitarie ai sensi del DCA n° 6/2010;
- la DGRC n° 323 e 324 del 03.12.2012 “Schede di Valutazioni Multidimensionale per Persone Adulte ed Anziane – SVAMA e Schede di Valutazioni Multidimensionale per Persone Adulte Disabili – SVaMADi”;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 21 del 14.01.2013 ad oggetto: “Presa d’Atto della DGRC n° 790 del 21.12.2012 “Recepimento delle Linee Operative per l’accesso unitario ai servizi Sociosanitari”;
- la Deliberazione del Direttore Generale Delibera n. 110 del 17.02.2014 ad oggetto “Cure Domiciliari Regolamento Aziendale”;
- la Deliberazione del Direttore Generale n° 911 del 22.12.14 avente ad oggetto: DGRC n° 483 /2012 Disciplina e definizione dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individuali sostenuti con Budget di Salute – Adozione Linee Guida ai sensi della DCA n° 16 – Presa d’Atto);.
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 347 del 28.12.16 ad oggetto “Presa d’Atto e approvazione procedura Dimissioni Protette per l’attivazione delle Cure Domiciliari a pazienti > 65 anni con inscindibili bisogni complessi sociosanitari

**Ritenuto opportuno** adeguare il Documento, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 19 del 15.01.2015, alle nuove indicazioni normative, avendone concordato il testo con i soggetti coinvolti come da Deliberazione del Direttore Generale n. 365 del 27.05.14

#### **Propone al Direttore Generale di**

- revocare la Deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 19 del 15.01.2015 ad oggetto “Presa d’atto ed approvazione delle nuove Linee Guida per i percorsi Socio sanitari”;
- prendere atto ed approvare le nuove “Linee Guida per i Percorsi Sociosanitari – Procedura 02 – 2018”, che allegate al presente provvedimento ne formano parte integrante e sostanziale.

**Il Direttore U.O.C. Coordinamento Sociosanitario**  
dr. Salvatore D’Ambrosio

## **IL DIRETTORE GENERALE**

In forza della D.G.R.C. n. 375 del 13/07/2016 e del D.P.C. n. 165 del 19/07/2016.

Preso atto della dichiarazione resa dal Dirigente proponente con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia della privacy.

Sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo dell'azienda

### **Il Direttore Sanitario**

dr. Luigi Caterino

### **Il Direttore Amministrativo**

dr. Domenico Concilio

### **DELIBERA di**

- revocare la Deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 19 del 15.01.2015 ad oggetto "Presa d'atto ed approvazione delle nuove Linee Guida per i percorsi Socio sanitari";
- prendere atto ed approvare le nuove "Linee Guida per i Percorsi Sociosanitari – Procedura 02 – 2018", che allegate al presente provvedimento ne formano parte integrante e sostanziale.

Il Dirigente proponente sarà responsabile, in via esclusiva, dell'esecuzione della presente deliberazione, che viene resa, data l'urgenza, immediatamente esecutiva, curandone tutti i conseguenziali adempimenti nonché quelli di pubblicità e trasparenza previsti dal D.L.gs.14 marzo 2013 n. 33 e s.m.i.

## **IL DIRETTORE GENERALE**

dr.ssa Antonietta Costantini

**Linee Guida**  
**PERCORSI SOCIOSANITARI**  
**(2018)**



## **INDICE:**

Premessa	pag. 3
Definizioni	pag. 3
1. L'organizzazione ASL Napoli 3 Sud per le Prestazioni Sociosanitarie	pag. 3
2. Prestazioni Sociosanitarie la cui richiesta comporta il ricorso all'U.V.I.	pag. 6
3. La Domanda di Accesso alle Prestazioni Sociosanitarie	pag. 6
4. La segnalazione di Accesso alle Prestazioni Sociosanitarie effettuata dal MAP/Pls	pag. 7
5. La procedura di "presa in carico" da parte della PUA	pag. 7
6. Le Schede di Valutazione del M.A.P./Pls, dello Specialista Amb. e dell'Assi Sociale	pag. 8
7. La richiesta di compilazione della scheda di competenza dell'assistente sociale	pag. 8
8. Avvio del procedimento di accesso: la comunicazione al cittadino	pag. 8
9. Attivazione del percorso U.V.I.	pag. 9
10. Le competenze delle U.V.I.	pag. 10
11. Le funzioni delle U.V.I.	pag. 10
12. Obbligo di partecipazione alla U.V.I.	pag. 12
13. Strumenti minimi ed obbligatori dell'U.V.I.	pag. 14
14. La redazione del progetto assistenziale individuale (P.A.I.)	pag. 14
15. L'individuazione del Case Manager	pag. 15
16. Gli obblighi delle PUA Distrettuali	pag. 15
17. Il progetto esecutivo individuale – (P.E.I.) - procedura e verifiche	pag. 16
18. L'attestato di partecipazione dei partecipanti alla U.V.I.	pag. 17
19. Norme finali	pag. 18

## **ALLEGATI**

ALLEGATO 1 - Scheda richiesta compilazione scheda SVAMA sociale all'Assistente Sociale	pag. 20
ALLEGATO 2 - Scheda Domanda di accesso alle prestazioni sociosanitarie da parte del MAP/Pls	pag. 21
ALLEGATO 3 – Scheda di segnalazione al MAP/Pls di richiesta da parte dell'utente di attivazione processo Sociosanitario	pag. 22
ALLEGATO 4 – Scheda avvio procedimento al Cittadino	pag. 23
ALLEGATO 5 – Schede P.A.I. / P.E.I.	pag. 24
ALLEGATO 6 – Procedura PTRI	pag. 27
ALLEGATO 7 – Proc. "Presa in Carico" del cittadino con bisogno complesso e con patologie attribuibili sia all'Area Non psichiatrica e sia dell'Area Psichiatrica	pag. 36
ALLEGATO 8 – Delibera Dimissioni Protette Ospedale – Territorio per Anziani che necessitano di prestazioni sociosanitarie complesse	pag. 40
ALLEGATO 9 - Attestazione di partecipazione alla U.V.I.	pag. 50
ALLEGATO 10 – Autorizzazione al trattamento	pag. 51
ALLEGATO 11 – Note sulla residenza storica e ricoveri in RSA CD extra ASL	pag. 53
ALLEGATO 13 - Note sulla delega alla firma in sede UVI	pag. 56

## PREMESSA

Con Delibera ASL Napoli 3 Sud n° 19 del 15 gennaio 2015, furono formulate le Linee Guida per l'accesso alle prestazioni Sociosanitarie. Esse furono definite come procedura gestionale "01" nella consapevolezza che solo sulla scorta della concreta esperienza sul campo si potessero evidenziare le criticità e i punti di forza del sistema. A tre anni dalla prima stesura delle Linee Guida, anche in virtù di sopraggiunti cambiamenti normativi e di nuovi assetti Aziendali, si stila la seguente procedura "02".

## DEFINIZIONI

### **Prestazioni Sociosanitarie**

"L'art.3 septies comma 1 D.lgs. 229/99 definisce le 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 azioni di cura e quelle di riabilitazione".

### **Porta Unica di Accesso (P.U.A.)**

E' definita dalla Legge Regionale 11/07 "... come *funzione esercitata sia dal Segretariato Sociale per i comuni sia dai Distretti Sanitari per le A.S.L., con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento e trasmissione delle richieste ai servizi competenti*". Rappresenta "... *l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda di servizi sociali, sanitari e socio-sanitari*", cui fornire una risposta specifica e tempestiva, ma soprattutto completa, orientata alla logica della "*presa in carico della persona*", portatrice di molteplici esigenze. Le PUA nel Distretto Sanitario sono rappresentate dalle UU.OO. (ovvero Materno Infantile, Riabilitazione, Anziani, Salute Mentale, SerD); Le PUA Sociali sono incardinate negli Ambiti Sociali / Comune attraverso il segretariato sociale.

### **Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.)**

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 (P.A.I.)*. L'U.V.I. è competente per la valutazione e la predisposizione di progetti d'intervento individualizzati, relativi a situazioni "inscindibilmente" complesse e multidimensionali, di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A. – D.P.C.M. 29.11.01, all. 1C).

## 1 L' ORGANIZZAZIONE DELL'ASL NAPOLI 3 SUD PER LE PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE

In ogni Distretto Sociosanitario è individuato, in base all'Atto Aziendale (Del. ASL Na 3 Sud n° 372/2016 – approvazione DCA 39/2017) un Responsabile delle attività di Integrazione sociosanitarie (IPAS), inserito nella UOS Assistenza Territoriale, per lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- 1) Il Responsabile distrettuale Integrazione Sociosanitaria del Distretto, in assenza del Direttore, ha la delega a rappresentare il Distretto stesso presso l'Ambito e presso il/i Comune/i per la stesura di tutti gli Accordi di Programma e i Protocolli d'Intesa che le articolazioni Aziendali vorranno proporre che dovranno essere firmati dal Direttore del Distretto.
- 2) Il Responsabile Integrazione Sociosanitaria del distretto è l'unico incaricato (in virtù di una delega formale del Direttore del Distretto) alla convocazione dell'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) e ai rapporti con tutti i componenti della stessa, attestandone la presenza per gli eventuali emolumenti spettanti.
- 3) Il Responsabile dell'Ufficio Integrazione Sociosanitaria verifica gli aspetti formali/legali della UVI, prestando particolare attenzione alla raccolta delle firme da parte i tutti i Componenti.

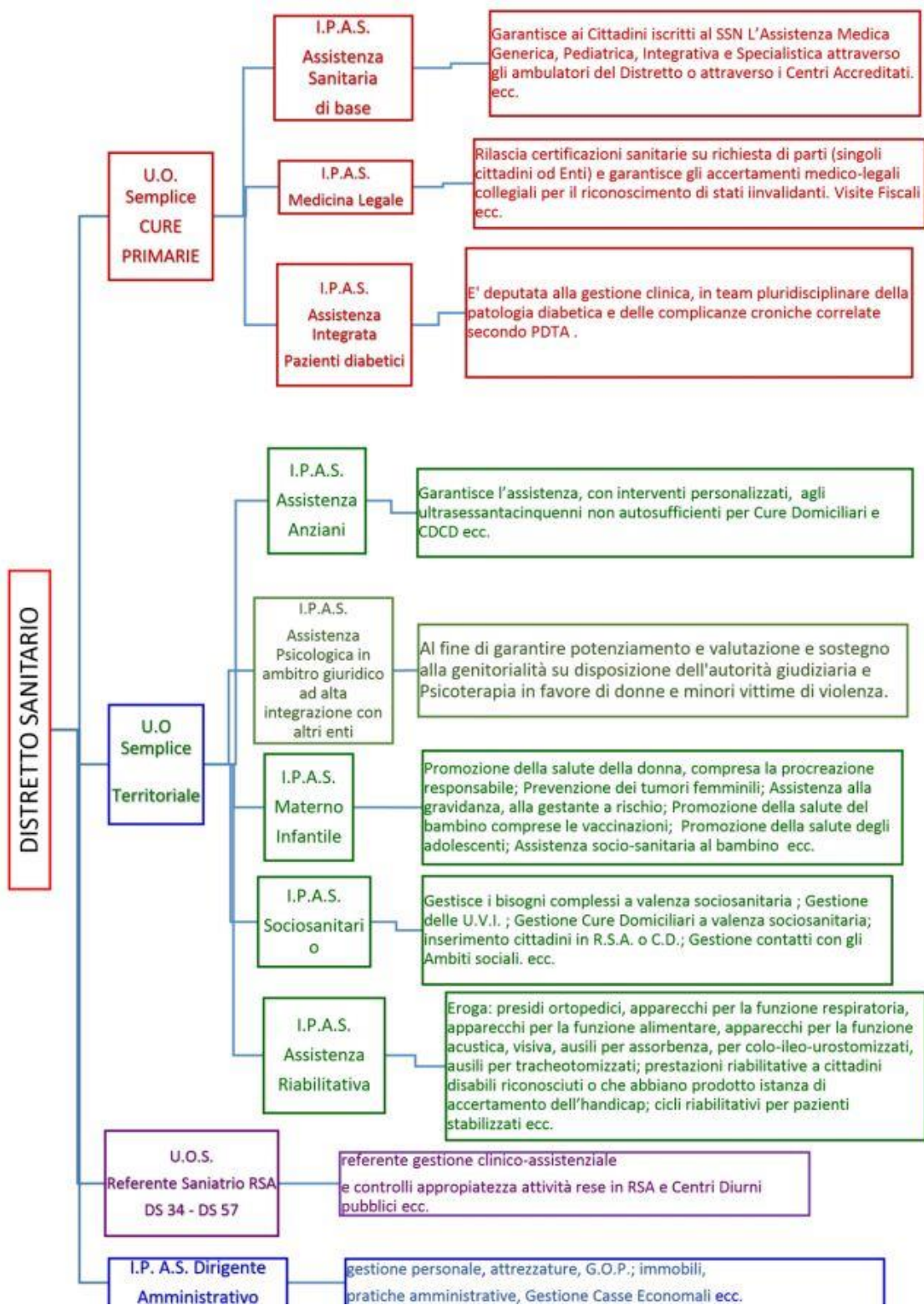
- 4) Il Responsabile dell'Ufficio Integrazione Sociosanitaria verifica la ripartizione della spesa tra Asl ed Ente Locale, per le prestazioni compartecipate. Nell'eventualità che il Comune, per le più svariate ragioni, non sia in grado di attestare la quota di compartecipazione, per la parte sociale, del Cittadino, le quote per le prestazioni saranno suddivise in base a quanto stabilito nel DPCM 29.11.2001 – LEA.
- 5) Il Responsabile dell'Ufficio Integrazione Sociosanitaria verifica che il cittadino accetti il P.A.I. proposto nella U.V.I. e che abbia ben inteso la procedura e l'ammontare della cifra nel caso in cui il cittadino debba compartecipare alla spesa.
- 6) Il Responsabile dell'Ufficio Integrazione Sociosanitaria monitora, di concerto con le articolazioni del Distretto e con l'Ambito Sociale / Comune, la corretta attuazione del PAI/PEI presso il domicilio del paziente e/o presso le strutture accreditate e/o presso gli Enti Cogestori, dando immediata comunicazione, al case manager, al Direttore del Distretto, al Coord. d'Ambito Sociale, di eventuali difformità/omissioni
- 7) Il Responsabile Integrazione Sociosanitaria del distretto dovrà accertarsi che tutti i M.A.P. ovvero Pls del proprio distretto siano a conoscenza delle procedure sociosanitarie aziendali e che in tal modo siano in grado, in tempi brevi, di iniziare un appropriato percorso di presa in carico di prestazioni a valenza sociosanitaria.
 

il Responsabile dell'Integrazione Sociosanitaria del distretto deve notificare a:

  - i M.A.P. e Pls del proprio distretto (e alle future AFT / UCCP)
  - all'assistente sociale (se il distretto-Ambito corrisponde ad un solo Comune) o agli assistenti Sociali (se il distretto-Ambito è composto da più Comuni),
  - al Coordinatore d'Ambito
  - al Dirigente Comunale/d'Ambito che firma per la spesa
  - al Resp. Cure Domiciliari Distrettuali / Aziendale,

le proprie "coordinante" (n. telefono, numero fax, e-mail, P.E.C. del distretto) e quelle delle U.O. delle Porte Uniche di accesso IPAS Assistenza Anziani - IPAS, UO Assistenza Riabilitativa - IPAS Materno Infantile - UOC Salute Mentale - UOC Dipendenze Patologiche - SerD:
- 8) Per Distretti Sanitari 34 e/57 analogo raccordo dovrà insistere con l'UOS per l'Assistenza in RSA;
- 9) Il Responsabile dell'Integrazione Sociosanitaria del Distretto, può avere Delega Formale - salvo diversa decisione del Direttore del Distretto che può assumersi in proprio la responsabilità o delegarla ad altro Dirigente – per l'assunzione, monitoraggio e verifica della spesa per le prestazioni sociosanitarie. Fatta salva la responsabilità contabile/finanziaria generale del Direttore del Distretto Sociosanitario in quanto responsabile del Budget assegnato dalla Direzione Strategica.
- 10) Il responsabile Integrazione Sociosanitaria Distrettuale è funzionalmente in raccordo con l'UOC Coordinamento Sociosanitario Aziendale e la sua articolazione UOS Orientamento al Welfare Territoriale. Egli partecipa attivamente, dove convocato, alle riunioni, alle eventuali stesure di protocolli, schede, ecc. Egli trasmette all'UOC Coordinamento Sociosanitario i dati quantitativi di attività dell'Ufficio (UVI svolte, numero pazienti assistiti, tipologia di pazienti, setting assistenziali, ecc.)
- 11) L'Ufficio Integrazione Sociosanitaria non si configura come P.U.A., quindi, nessuna richiesta, né da parte del cittadino, né da parte del MMG/Pls, deve giungere direttamente all'Uff. Sociosanitario, ma ai sensi della normativa vigente, concorre ad accogliere, informare, accompagnare il Cittadino verso il percorso sanitario e sociosanitario più appropriato.





## **2 Prestazioni Sociosanitarie la cui richiesta comporta il ricorso all'U.V.I.**

- 1 Inserimento in R.S.A. (Residenze Sanitarie assistite); prestazioni in regime residenziale
- 2 Prestazioni terapeutiche, di recupero e di mantenimento funzionale delle abilità in regime residenziale per anziani e persone non autosufficienti;
- 3 Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi e disabili privi di sostegno familiare;
- 4 Prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale per persone affette da patologie da HIV;
- 5 Inserimento in Centro Diurno; prestazioni in regime semiresidenziale
- 6 Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi (fisici, psichici e sensoriali);
- 7 Prestazioni terapeutiche, di recupero e di mantenimento funzionale delle abilità per anziani e persone non autosufficienti in regime semiresidenziale;
- 8 Cure Domiciliari, come da Decreto Commissariale n. 1 del 07.01.201: Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania". ;
  - a le cure domiciliari integrate di primo e di secondo livello;
  - b le cure domiciliari integrate di terzo livello
  - c cure domiciliari palliative per malati terminali
- 9 Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; le prestazioni socio sanitarie psichiatriche si riferiscono esclusivamente a struttura a bassa soglia assistenziale, dove il 40% della quota di spesa è a carico dell'ASL e il 60% è a carico dell'Ente Locale con l'eventuale compartecipazione del cittadino
- 10 Altre tipologie di bisogno socio-sanitario complesso (inserimento sociale e lavorativo di soggetti psichiatrici, disabili, minori, ecc.) cioè laddove il carico assistenziale in modo diretto o indiretto, prevede una presa in carico o la stesura di un PAI multidisciplinare e multiprofessionale. Non rientrano le équipes multidisciplinari per alunni disabili svolte all'interno dell'U.O.M.I.
- 11 Partecipazione ai PTRI con Bds per la cogestione di Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individuali (PTRI) con Budget di salute (BdS) in favore dei cittadini dell'ASL Napoli 3 sud e dei relativi Ambiti Territoriali, in condizioni di disabilità e di bisogno sociosanitario concomitante o conseguente a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente ingravescente, o a stati di grave rischio e vulnerabilità per la salute che richiedono progetti individuali caratterizzati dalla necessità di interventi sanitari e sociali.
- 12 Altre tipologie di bisogno sociosanitario complesso che integrano e completano programmi di tipo riabilitativo valutati in UVBR
- 13 Dimissioni Ospedale di Comunità e trasferimento ad altro setting assistenziale sociosanitario.

## **3 La Domanda di Accesso alle Prestazioni Sociosanitarie**

La richiesta di accesso alle prestazioni a gestione integrata e partecipata può essere inoltrata a tutte le PUA Distrettuali, tramite:

- il diretto interessato;
- la famiglia, il vicinato, il volontariato, altri
- Il MAP o il Pls
- le UU.OO./ IPAS
- Il Segretariato Sociale
- Divisioni Ospedaliere (Dimissioni Protette); *"Le Dimissioni Protette per Cittadini > 65 anni da immettere in Cure Domiciliari sociosanitarie, possono pervenire dalle UU.OO. Ospedaliere alla PUA*

*“Anziani Distrettuale” secondo la procedura stabilita dalla Delibera ASL Napoli 3 Sud n° 347 del 28.12.2016 riportata all’allegato 7”;*

- Altre tipologie di Dimissioni protette (ad esempio Ospedale di Comunità)

#### **4 LA SEGNALEZIONE DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE EFFETTUATA DAL MAP/PLS**

Quando è il M.A.P. o il PIs e a ritenere “complesso” un caso con bisogno di assistenza socio sanitaria, questi effettua la segnalazione al Responsabile della PUA competente per patologia o fascia di età del distretto di competenza attraverso l’allegato 2.

Il MAP/PLs nel caso intende segnalare un caso complesso, contestualmente compila la scheda SVAMA (A) che insieme all’allegato 2 invia alla PUA.

La segnalazione deve essere inviata in formato elettronico via P.E.C. ovvero e-mail e solo in ultima ratio, consegnata a mano al Cittadino/Utente che provvederà alla consegna al Responsabile P.U.A. del distretto di competenza.

#### **5 LA PROCEDURA DI “PRESA IN CARICO” DA PARTE DELLA PUA**

Ricevuta la domanda di accesso alle Prestazioni Socio sanitarie (se proveniente dal MAP/PLs con l’allegato 2) Il Responsabile della P.U.A., anche avvalendosi della professionalità del MAP/PLs e/o di altri figure professionali interne al Distretto (AFT / UCCP / UVBR / UVG.), effettua la valutazione di 1° livello e stabilisce se trattasi di prestazione sanitaria (bisogno semplice sanitario), prestazione sociale (bisogno semplice sociale) o socio sanitario (bisogno complesso socio-sanitari).

Laddove Il Responsabile della PUA avvalendosi di tutte le consulenze che ritiene necessarie all’interno del proprio Distretto valuta che trattasi di caso complesso formula la propria proposta di presa in carico attraverso la compilazione della scheda d’accesso al sistema d’accesso socio sanitario (allegato 1- scheda PUA).

In questa prima fase non si giunge alla definitiva “presa in carico” per prestazioni socio sanitarie. Essa avverrà (o meno) solo successivamente con il P.A.I. (Progetto Assistenziale Individualizzato) concordato e negoziato in U.V.I. alla fine della seconda fase.

In questa prima fase che ancora non contempla la presa in carico socio sanitaria, la P.U.A. può avvalersi di tutte le visite specialistiche che ritiene necessarie, nonché delle relazioni sociali dell’Assistente Sociale Distrettuale, al fine di valutare compiutamente il bisogno assistenziale.

Se lo specialista ambulatoriale competente per età o patologia, valuta il bisogno come complesso compila contestualmente la scheda SVAMA / SVaMaDi senza dover accedere a nuova visita per tale attività.

Completata la prima fase e valutato il bisogno come complesso la PUA, invia la scheda di accesso al Sistema di Servizi Socio sanitari al Responsabile distrettuale per l’Integrazione Socio sanitaria (che la protocolla). All’Ufficio Socio sanitario Distrettuale deve giungere, contestualmente alla scheda d’accesso (Allegato 1): la documentazione completa del paziente, ovvero, schede SMAMA / SVaMaDi del MMG / Pls, dello specialista, dell’Assistente Sociale dell’Ente Locale. Può essere concordato, a livello distrettuale, che la scheda SVAMA Sociale all’Ente Sociale/Ambito sia richiesta non dal Resp. della P.U.A. ma dal Responsabile dell’Ufficio Integrazione Socio sanitaria. La procedura deve avvenire in 30 gg lavorativi.

Se la domanda di accesso al sistema socio sanitario giunge direttamente alla PUA e/o al Segretariato Sociale, questi indirizzano il Cittadino al proprio MAP/PLs, svolgendo anche una funzione educativa e informando il cittadino della centralità nella cura del MAP/PLs. Se la richiesta ha carattere d’urgenza o vi sono

altre difficoltà ad indirizzare il Cittadino dal proprio MAP/Pls allora sarà direttamente lo stesso Resp. PUA a fare “richiesta motivata” al MAP/Pls attraverso una specifica scheda (v. allegato 3).

Quando un Cittadino è stato accolto in un Ospedale di Comunità (tempo max di permanenza 30gg), contemporaneamente deve essere avviata la procedura di presa in carico sociosanitaria e nel periodo di ricovero deve essere convocata una U.V.I. per predisporre il setting assistenziale alla dimissione. Ovvero il MAP/pls del Cittadino ricoverato in O.d.C. effettua la segnalazione al Responsabile della PUA competente per patologia o fascia di età del distretto di competenza attraverso l'allegato 2.

Il MAP/Pls, contestualmente compila la scheda SVAMA (A) che insieme all'allegato 2 invia alla PUA. (in formato elettronico via P.E.C. ovvero e-mail e solo in ultima ratio, consegnata a mano)

Come già indicato al comma 11 dell'art. 1, l'Ufficio Integrazione Sociosanitaria non si configura come P.U.A., quindi, nessuna richiesta, né da parte del cittadino, né da parte del MMG/Pls, deve giungere direttamente all'Uff. Sociosanitario,

## **6 Le Schede di Valutazione del M.A.P./Pls – dello Specialista Ambulatoriale e dell'Assistente Sociale**

- a) La compilazione degli strumenti di valutazione (scheda S.VA.M.A ovvero S.Va.M.Di) è un obbligo per il M.A.P./Pls., per lo specialista, per l'Assistente Sociale dell'Ente /Ambito.
- b) Le schede S.V.A.M.A ovvero S.Va.M.Di di competenza del M.A.P/Pls, dello specialista e dell'Assistente Sociale devono essere compilate in ogni loro parte, così come previsto in DGRC n. 323.201,2 ovvero DGRC n.324.2012 (S.Va.M.Di),
- c) Al MAP/Pls è richiesto di esprimere una propria diagnosi sociosanitaria al di là di quanto rilevato dalla propria scheda S.V.A.M.A ovvero S.Va.M.Di.
- d) La compilazione dello strumento di valutazione ha un percorso dedicato e prioritario rispetto alle altre tipologie di visite dato che l'attribuzione ad un percorso sociosanitario deve essere definito entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della prima domanda.
- e) Per garantire l'espressione corretta della diagnosi e conseguente proposta di Piano di Assistenza si richiede, agli specialisti in aggiunta, la compilazione dell'ICD 9 e, nel caso di prestazioni inerenti la disabilità, la classificazione ICF.
- f) La partecipazione dello specialista all'UVI è un obbligo.
- g) Laddove sul territorio insiste un Ospedale di Comunità, lo specialista effettua analoga procedura visitando il Cittadino presso il ricovero.
- h) E' compito del Direttore del Distretto l'organizzazione funzionale affinché gli specialisti abbiano la possibilità di svolgere nei tempi richiesti la procedura necessaria all'espletamento delle visite e della loro partecipazione in UVI. Onde consentire gli accertamenti del caso da parte dell'Ente Locale, la compilazione della scheda sociale deve essere richiesta con congruo anticipo rispetto alla convocazione della UVI.

## **7 LA RICHIESTA DI COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI COMPETENZA DELL'ASSISTENTE SOCIALE**

- Il Responsabile P.U.A., attiva l'Assistente Sociale del Comune di residenza dell'Utente.
- l'Assistente Sociale del Comune di residenza dell'Utente provvede alle indagini di propria competenza e alla compilazione della scheda S.Va.M.A Sociale.
- La procedura ha carattere di immediatezza per consentire al Servizio Sociale dell'Ente di avviare le indagini necessarie nei tempi previsti dalla normativa (30 gg).

Il Resp. Ufficio Integrazione Sociosanitaria si attiva solo allorché ha ricevuto dalla P.U.A. la richiesta di attivazione della presa in carico Sociosanitaria dalla P.U.A. con il modello come da allegato 1

## **8 AVVIO DEL PROCEDIMENTO DI ACCESSO: LA COMUNICAZIONE AL CITTADINO (v. allegato 4)**

- Il cittadino deve ricevere la ricevuta di attivazione della procedura di accesso alle prestazioni socio-sanitarie. (Allegato 4)
- Il cittadino deve essere informato sul nome del responsabile del procedimento. Il responsabile del procedimento, di solito, è lo stesso Responsabile della P.U.A. del distretto (salvo diversa disposizione del direttore del distretto)
- Il Responsabile della P.U.A. deve rendere noto al cittadino:
  - Tutte le fasi successive del percorso ,
  - Propri numeri di telefoni , fax
  - E-mail del responsabile del procedimento.
- In caso di convocazione U.V.I., il cittadino/familiare/tutore deve essere avvisato e convocato in U.V.I. con almeno cinque giorni di preavviso.

## **9 ATTIVAZIONE DEL PERCORSO U.V.I.**

Il percorso UVI è attivato dal Responsabile Integrazione Socio-sanitaria che ha ricevuto la domanda di bisogno socio-sanitario (scheda Allegato 4) già compilata dal responsabile della P.U.A. a seguito della valutazione di primo livello

Il Responsabile Integrazione Socio-sanitaria, per attivare il procedimento U.V.I. deve avere in suo possesso da parte del Resp. PUA – Segretariato Sociale:

- 1) la scheda d'accesso alle prestazioni socio sanitarie (allegato 4)
- 2) la scheda S.Va.M.A. o S.Va.M.Di. compilata dal MAP/Pls
- 3) la scheda S.Va.M.A. o S.Va.M.Di. compilata dallo/dagli specialista / specialisti per la patologia e/o per l'età.
- 4) la scheda SVAMA C Sociale;
- 5) nel caso il Cittadino/paziente presenti situazioni patologiche afferenti a più aree specialistiche e/o per target d'età assistenziale (ad esempio: minori che raggiungono l'età di anni 18, pazienti psichiatrici che raggiungono i 65 anni – persone che presentano problematiche psichiatriche in tutt'uno con problematiche di dipendenza patologica, ecc.), la SVAMA/SVaMDi specialistica deve essere compilata da tutte le PUA competenti per età o patologia.
- 6) le procedure per l'attivazione dell'UVI in caso di pazienti provenienti dalla PUA riabilitativa e che sono già in trattamento riabilitativo accanto alle schede SVAMA/SVaMDi, devono contemplare la valutazione effettuata in UVBR in cui emerge la eventuale necessità di bisogno integrato con il sociale per l'appropriatezza del progetto riabilitativo /mantenimento del soggetto.

*All'allegato 7 è riportato il Protocollo Operativo stilato dalla UOC Coordinamento Socio-sanitario con il Dipartimento di Salute Mentale.*

*(Riferimenti: In ottemperanza delle Linee Guida Regionali (deliberazione Area Coordinamento Assistenza Sanitaria n° 04.03,2013 e succ. mod.) e Delibera ASL Na 3 Sud 279 del 03.05.2016 "Istituzione delle U.V.B.R.": l'U.V.B.R. è lo strumento operativo per l'integrazione funzionale ed organizzativa tra le diverse aree della riabilitazione per a) riabilitazione per acuti/post acuti; b) intensiva /estensiva; c) ospedaliera/territoriale; d) sanitaria/socio-sanitaria)*

## **10 LE COMPETENZE DELLE U.V.I.**

L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) 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 (P.A.I.).

L'U.V.I. è competente per la valutazione e la predisposizione di progetti d'intervento individualizzati, relativi a situazioni "inscindibilmente" complesse e multidimensionali, di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A. – D.P.C.M. 29.11.01, all. 1C).

I processi di formalizzazione dell'U.V.I. hanno origine e producono effetti nel momento della convocazione della stessa.

## **11 LE FUNZIONI DELL'U.V.I. – VALENZA GIURIDICA - SEDE**

L'A.S.L. e gli Enti Locali dell'Ambito Territoriale con l'approvazione del Protocollo d'Intesa, attribuiscono alle U.V.I. la valenza delle Conferenza dei Servizi (ai sensi del d.lgs. 30 giugno 2016, n. 127 che sostituisce gli articoli 14, 14-bis, 14-ter, 14-quater, 14-quinquies della legge n. 241 del 1990) relativamente alla composizione, alle modalità operative, alle valutazioni, agli effetti amministrativi delle valutazioni tecnico-scientifiche assunte.

L'U.V.I. si riunisce di norma presso il Distretto Sanitario salvo diverse esigenze per le quali risulti opportuno utilizzare altra sede sanitaria territoriale ovvero presso la sede dei servizi sociali territoriali coinvolti, oppure presso il domicilio del richiedente la prestazione sociosanitaria, oppure, in caso di rivalutazioni, presso la sede della struttura individuata per prestazioni residenziali o semiresidenziali o PTRI, Ospedale di Comunità.

Ogni U.V.I. deve essere formalmente protocollata e tale n° di protocollo deve essere riportato come riferimento sul P.A.I. e su P.E.I.

L'Ufficio sociosanitario distrettuale avrà cura di registrare con protocollo anche le richieste di attivazione delle U.V.I. da parte delle PUA in modo da rendere trasparente le eventuali liste d'attesa delle stesse.

I Distretti Sanitari e gli Ambiti Sociali si impegnano alla condivisione dei dati relativi alle U.V.I. anche attraverso lo strumento di un comune protocollo (consentendo di evitare richieste da parte di un Ente verso l'altro di dati in comune).

1. Presa d'atto della documentazione sociosanitaria; detta documentazione (che è obbligatoria in seduta UVI) è opportuno sia acquisita prima della convocazione dell'U.V.I.; (Essendo la UVI un momento di valutazione condivisa è possibile ma non auspicabile, in particolari e circoscritte situazioni motivate, che uno dei componenti possa non presentare in anticipo i risultati emersi dalle schede S.V.A.M.A. o S.Va.M.Di di propria competenza ma riservarsi di presentarli in sede UVI).
2. Effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello) finalizzate all'individuazione degli elementi di complessità e multidimensionalità; se l'inscindibilità del bisogno sanitario con quello sociale non è riscontrata in sede U.V.I. la competenza ritorna alla PUA sanitaria o sociale idonea:
3. Definizione della presa in carico da parte dell'U.V.I.
4. Se l'equipe dell'U.V.I. non trova un accordo condiviso sulla proposta di P.A.I., il Res. Uff. Sociosanitario, predispone una relazione da inviare al Direttore del Distretto e al Coord. D'Ambito e convoca una nuova U.V.I. entro 7 giorni. In questa ulteriore seduta devono essere presenti il Direttore del Distretto e Coord. D'Ambito Sociale che, sentiti i componenti dell'U.V.I., concordano una proposta di P.A.I. da proporre al Cittadino/Familiare
5. Elabora il Progetto Assistenziale Individuale (P.A.I.) utilizzando (l'allegato 5) che, insieme al verbale contenuto in calce nella scheda "D" della SVAMA deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela
6. l'UVI ha il compito di monitoraggio, verifica, valutazione, aggiornamento e eventuale ri-modulazione e conclusione concordata del Progetto d'Intervento Individualizzato

7. Individuazione del Case Manager tra i componenti dell' U.V.I., in base al maggior coinvolgimento che egli assume sia sul piano tecnico-scientifico, professionale, sia sul piano amministrativo; il Case Manager rappresenta il principale referente per il cittadino/utente, la sua famiglia e gli operatori socio-sanitari coinvolti nel Progetto Individualizzato d'Intervento; Nelle cure domiciliari il Case Manager è il MAP/Pls;
8. Individuazione del Care Giver nelle cure domiciliari
9. Coinvolgimento del cittadino/utente nella fase di formalizzazione del Progetto d'Assistenza Individualizzato
10. Stabilisce la percentuale di compartecipazione alla spesa socio-sanitaria da parte dell'ASL e dell'Ambito/comune/utente. Se insistono problematiche da parte del Comune sull'esatta individuazione della quota di compartecipazione dell'utente, alla quota sociale, le quote per le prestazioni, in prima istanza, saranno suddivise in base a quanto stabilito nel DPCM 29.11.2001 – LEA., salvo diverso accertamento e diversa determinazione che successivamente il Comune vorrà predisporre.
11. Ai sensi della deliberazione di G.R. n. 2006/04, la valutazione multidimensionale deve concludersi entro 30 gg. dalla proposta;
12. Il Direttore del Distretto o su sua delega il Resp. Ufficio Sociosanitario Distrettuale, ha il compito di vigilare sui tempi e sulle modalità della presa in carico sociosanitaria dei Cittadini/pazienti assistiti.

Copia del Progetto Assistenziale Individuale (P.A.I.) e del Progetto Esecutivo (P.E.I.) rimane in possesso:

- dell'Ufficio Socio Sanitario Distrettuale dell'A.S.L.;
- dell'U.S.S. d'Ambito
- Della PUA o delle PUA che ha/hanno preso in carico il Cittadino
- Del servizio Sociale dell'Ente Comunale
- Del MAP/Pls
- Del Cittadino
- Dell'eventuale struttura pubblica/accreditata/ente cogestore che ha il carico l'utente
- all'UOC di Coordinamento Sociosanitario Centrale dell'ASL Napoli 3 Sud relativamente ai dati rilevanti a fini statistici.

(All'allegato 5 è riportato un modello minimo di P.A.I./P.E.I. in formato excel condivisibile in via informatica)

Procedura da adottare in particolari situazioni:

- In caso di assenza del Cittadino/familiare/tutore/Amministratore, la UVI non ha validità
- Nel caso manchi all'U.V.I. l'Assistente Sociale dell'Ente anche alla convocazione di 2° istanza, la U.V.I. si procede ugualmente alla stesura di proposta del P.A.I./P.E.I.
- In presenza di Accordo di Programma fra Distretto Sociosanitario e Ambito Sociale, essendo la U.V.I. equiparata ad una Conferenza di Servizio, l'assenza di uno dei componenti l'equipe vale come silenzio assenso
- Alla seconda convocazione si deve necessariamente ed in ogni caso procedere alla definizione della Valutazione e del conseguente progetto individuale (P.A.I.) e all'eventuale erogazione della prestazione (P.E.I.) con notifica alla parte eventualmente assente. Salvo il caso previsto al precedente comma 4
- Nel caso l'Assistente Sociale dell'Ente Locale, per le più svariate ragioni, non compili la scheda SVAMA Sociale di sua competenza e/o non assicuri la sua presenza in UVI, si chiarisce che l'Assistente Sociale presente nel Distretto Sanitario può compiere la propria valutazione sociale. Tale valutazione, però, non può contemplare il calcolo ISEE e non può certificare che il familiare/tutore del Cittadino che firma il P.A.I. sia quello civilmente obbligato. Nel caso di rivalutazioni di Cittadini assistiti in strutture

residenziali e/o semiresidenziali la valutazione degli aspetti sociali (fermo restando la non possibilità del calcolo ISEE e dell'attestazione che chi firma sia il civilmente obbligato), può essere svolta anche dall'Assistente Sociale dell'Ente Accreditato. Sarà a cura dell'Ente Locale, anche in fase successiva, effettuare i controlli del caso e richiedere la quota di compartecipazione all'utente secondo i parametri stabiliti dall'Ambito di residenza.

Procedure seguenti alla UVI:

- L'autorizzazione alla spesa deve essere firmata dal Direttore del Distretto per la parte sanitaria e dal Dirigente d'Ambito Sociale/Comune per la parte sociale;
- Nel caso il setting assistenziale sia stato individuato in una RSA gestita dall'ASL Na 3 Sud (distretto 34 e distretto 57), la richiesta di accesso e/o lista d'attesa deve essere indirizzata al Resp. UOS Assistenza RSA;
- Nel caso il setting assistenziale sia individuato in struttura accreditata, la richiesta di accesso e/o lista d'attesa deve essere indirizzata alla struttura scelta dal paziente;
- Nel caso sia stata individuata struttura extra ASL o extra regione, l'autorizzazione è possibile solo dopo che almeno tre strutture incidenti sul territorio della ASL Napoli 3 Sud, dichiarino che non siano in grado di eseguire quanto richiesto nel PAI e nel PEI o dichiarino liste d'attesa eccessivamente lunghe, pregiudizievoli per la continuità assistenziale per paziente. In entrambi i casi, nel fascicolo UVI deve essere conservata copia delle richieste alle strutture e copie delle loro risposte;
- Nel caso di PTRI il progetto assistenziale per ogni singolo paziente deve essere firmato: dall'utente, dal resp. dell'Ente Cogestore, dal Resp. d'Ambito e suo delegato, dal Direttore di Distretto o suo delegato; il PTRI deve contenere tutte le informazioni dettagliate del progetto e l'utilizzo della spesa stabilito nel budget di cura;
- Le rivalutazioni vanno eseguite: ogni qual volta si rende necessaria una modifica del PAI;
- Le rivalutazioni vanno eseguite almeno ogni 180 gg;
- I controlli e le verifiche sull'andamento del PEI possono essere eseguite: dal case manager, dal Distretto Sanitario, dall'Ambito Sociale/Comune;
- Per i PTRI la verifica dell'andamento del progetto deve essere eseguita almeno trimestralmente, mentre relazione mensile deve essere stilata dall'Ente Cogestore;
- Eventuali difformità/irregolarità nell'andamento del PAI/PEI acquisite in qualsiasi forma, vanno tempestivamente comunicate al Direttore del Distretto Sanitario e al Coord. D'Ambito Sociale che provvederanno ad horas all'istruttoria per l'accertamento dei fatti.

## **12 OBBLIGO DI PARTECIPAZIONE ALLA U.V.I.**

Partecipano all'UVI:

- Il Cittadino o suo delegato formalmente e giuridicamente idoneo
- Il Direttore di Distretto attraverso Il Responsabile delle attività Integrazione sociosanitarie o suo delegato.
- Il Direttore del Distretto nomina formalmente il Responsabile Integrazione Sociosanitaria o altro funzionario da lui individuato per l'impegno di spesa
- Il Responsabile o suo delegato, della PUA o delle PUA che hanno in carico l'utente
- Il MAP/PIs
- Lo/gli specialista/i che ha compilato la propria SVAMA ovvero SVAMDi
- Il Servizio Sociale dell'Ente / Ambito Sociale
- In casi specifici possono partecipare all'UVI, altri dirigenti del distretto: il responsabile delle cure domiciliari del distretto, il Nutrizionista, lo specialista in cure palliative, lo specialista in terapia del dolore, lo Psicologo, il Farmacista, il Sociologo, la scuola, l'Associazione di volontariato, ecc.



- Il Referente d'Ambito o dell'Ente formalmente delegato alla spesa.
- Altri eventuali aventi diritto (Rappresentante Società Assicurazione del Cittadino, Direttore di Centro Accreditato).

Il Delegato d'Ambito Sociale/Servizio Sociale può non presenziare in UVI nel solo caso in cui in accordo con il Cittadino/familiare si esclude nella tipologia di intervento in Cure Domiciliari, la possibilità di un intervento sociale (figura di OSS) ed il caso, pur essendo complesso, richiede, nell'immediato, solo prestazioni sanitarie non compartecipate. In questo caso la UVI diventa multiprofessionale e non multistituzionale.

In ogni caso va data tempestiva comunicazione all'Ambito/Servizio Sociale dell'avvenuta presa in carico in Cure Domiciliari.

L'obbligo di partecipazione all'UVI è sancito da numerose norme nazionali e regionali, la mancata partecipazione per quanto attiene a figure professionali sanitarie afferenti al Distretto MAP/Pls. specialisti, ecc. (specie se ripetuta o abituale) è tempestivamente comunicata dal Direttore del Distretto all'UOC Coordinamento sociosanitario e all'UOC Assistenza Distrettuale per gli adempimenti conseguenziali. Analogo procedimento va espletato anche per la parte sociale con la comunicazione al Sindaco per gli adempimenti conseguenziali

In particolare

Per la parte sociale:

- Dal Rappresentante dell'Ambito Sociale formalmente delegato alla spesa ai sensi della DGRC n.50/2012 (di solito l'Assistente Sociale del Comune di residenza dell'Utente, (...) che abbia le notizie previste per la scheda sociale).
- In sede U.V.I. l'Assistente Sociale del Comune è munito di certificazione ISEE di cui al regolamento di compartecipazione alla spesa sociosanitaria ex decreto n.6/2010 di ambito o comunale (se il comune non è firmatario della convenzione ex DGRC n.50/2012).
- In sede U.V.I. l'Assistente Sociale del Comune è munito di certificazione inerente la residenza attuale ed eventualmente la residenza storica del cittadino richiedente o del cittadino già assistito e da rivalutare in successive convocazioni U.V.I.
- Dal rappresentante del comune formalmente deputato all'assunzione della spesa sociale, che può essere individuato nello stesso Assistente Sociale di cui sopra ovvero in altro dirigente.
- Della legale e formale rappresentatività del familiare/tutore che firma in vece del Cittadino/Utente (vedi nota allegato 12)

Per la parte dell'Utente

- Dallo stesso Utente e/o familiare di riferimento e/o tutore e/o amministratore di sostegno. Nel caso di persona diversa dallo stesso Utente, la facoltà di essere presente alla U.V.I. va verificata e asseverata dal dirigente del Comune di residenza del cittadino o dall'assistente sociale del Comune di residenza
- Rappresentante della Compagnia Assicurativa del Cittadino, nel caso che l'Utente ne faccia esplicita richiesta

Per la parte dei Centri Accreditati ed Enti Cogestori per i PTRI sostenuti con BdS

- In caso di ricovero presso strutture sociosanitarie accreditate per la residenzialità o per la semi residenzialità (soprattutto nelle rivalutazioni), se i componenti della UVI ne ravvedono la necessità, potrà intervenire all'UVI il rappresentante della struttura accreditata e/o un Operatore sanitario/tecnico della struttura accreditata

- Per i progetti in PTRI sostenuti con BdS, l'Ente Cogestore, in virtù della cogestione del P.A.I. deve obbligatoriamente essere presente in U.V.I., dopo che lo stesso Ente cogestore ha data la propria disponibilità all'accoglienza.

### **13 STRUMENTI MINIMI ED OBBLIGATORI PER LA VALUTAZIONE**

La compilazione dei documenti di valutazione sono stabiliti dalle DGRC n° 324 e n° 325 del 2012 (schede SVAMA e SVaMdi).

La loro compilazione è obbligatoria e, salvo casi particolari ed eccezionali nonché motivati, la loro compilazione deve avvenire prima della convocazione in U.V.I. onde consentire al Resp. Ufficio Sociosanitario distrettuale, che convoca la U.V.I. di essere in possesso di tutti i documenti necessari per coinvolgere tutti i soggetti interessati.

Per quanto attiene alla compilazione della scheda SVaMdi essa dovrebbe contenere una sua elaborazione nella codifica I.C.F. (International Classification of Functioning, Disability and Health).

L'UOC Coordinamento Sociosanitario nel 2016 ha promosso ben 4 edizioni di formazione sull'ICF che hanno coinvolto tutti gli specialisti sanitari e I responsabili delle PUA sanitaria della ASL Napoli 3 Sud. Detti specialisti sono forniti anche di un link per l'elaborazione informatica dell'ICF.

Ulteriori criteri e scale di valutazione possono essere utilizzate ad integrazione delle schede SVAMA e SVaMdi

### **14 LA REDAZIONE DEL PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (P.A.I.)**

Alla valutazione multidimensionale segue la elaborazione del Progetto Personalizzato.

L'UVI elabora il Progetto Assistenziale Individuale 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.

Esso contempla:

- gli obiettivi essenziali da raggiungere
- la tipologia della prestazione
- la durata presumibile degli interventi assistenziali
- tempi e modalità di verifica dell'andamento del PAI

Il cittadino/utente ha la possibilità di:

- 1 - accettare il P.A.I.;
- 2 - non accettare il P.A.I.;
- 3 - proporre eventuali modifiche, motivate, al P.A.I.;
- 4 - chiedere la revisione, motivata, del P.A.I.

Il cittadino/utente può avvalersi della consulenza e del sostegno delle organizzazione di tutela e rappresentanza dei consumatori e degli utenti.

- ✓ Copia del P.A.I. accettato dall'Utente e firmato da tutti i componenti, deve essere consegnato in sede U.V.I. direttamente allo stesso cittadino –Utente.
- ✓ Copia del P.A.I. accettato dall'Utente e firmato da tutti i componenti, deve essere consegnato in sede U.V.I. direttamente al MAP ovvero Pls e alla UO/PUA competente, al servizio sociale, all'Ambito Sociale.
- ✓ Copia del P.A.I. accettato dall'Utente e firmato da tutti i componenti, deve essere allegato al fascicolo sanitario per le Cure Domiciliari.

Il Cittadino / Utente partecipante all'UVI, che accetta il P.A.I. partecipa alla eventuale spesa in ragione del proprio reddito, ovvero in base al regolamento d'accesso ISEE d'Ambito, approvato dai singoli Comuni.

Nell'Allegato 5 è riportato uno schema di P.A.I. / P.E.I. contenenti le informazioni "essenziali e minime" necessarie alla stesura del progetto individuale. Al fine di uniformare la procedura su tutto il territorio Aziendale la scheda riportata nell'allegato 5 è obbligatoria. Essa, naturalmente, può essere integrata da eventuali altre note o verbali.

In sede di verifica (almeno ogni 6 mesi) la PUA che ha in carico l'utente rivaluta l'andamento complessivo del PAI/PEI secondo i tempi di revisione definiti nello stesso.

Se in seguito alle rivalutazioni si riscontra la necessità di un nuovo PAI, l'UVI deve obbligatoriamente riunirsi con la procedura indicata precedentemente.

Qualsiasi proposta di modifica al PAI va ratificata in apposita UVI. Modifiche eventuali al PEI in ragione di variazioni cliniche temporanee possono essere effettuate senza obbligo di UVI.

Al fine di non creare condizioni di "cronicizzazione" del setting assistenziale è necessario che l'UVI effettui una rivalutazione almeno ogni anno.

## **15 L'INDIVIDUAZIONE DEL CASE MANAGER**

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 responsabile del caso risponde funzionalmente del suo operato direttamente all'UVI.

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 delle Cure Domiciliari, rimane in capo al MAP/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari) e la responsabilità del Progetto Assistenziale Individuale, 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.

Visto l'impegno che tale funzione richiede, è opportuno affidare ad uno stesso operatore un numero limitato e compatibile di casi da coordinare.

## **16 GLI OBBLIGHI DELLE UU.OO. DISTRETTUALI**

Le PUA distrettuali competenti per l'età ovvero per la patologia rimangono responsabili dell'assistenza sanitaria stabilita nel PAI per il Cittadino in prestazione sociosanitaria. Tra la PUA sanitaria e il Case Manager intercorre l'obbligo di comunicazione, formale e informale sull'andamento del Progetto Assistenziale.

Le eventuali difformità rilevate vanno rese note al Responsabile Integrazione Sociosanitaria del distretto che procede, insieme al Responsabile della U.O. competente, alla verifica ed eventuale convocazione del legale rappresentante del centro residenziale/semiresidenziale/ente cogestore, Dirigente medico Ospedale di Comunità, per le dovute contestazioni.

In caso di prestazioni sociosanitarie di "Cure Domiciliari", le eventuali difformità rilevate (da un dirigente/operatore del distretto a domicilio ovvero dallo stesso cittadino) devono essere rese note al Responsabile Integrazione Sociosanitaria del distretto che procede, insieme al Responsabile delle "Cure Domiciliari" del distretto e, se ritenuto necessario, al Responsabile "Cure Domiciliari" dell'ASL Napoli 3 sud alla verifica ed eventuali contestazioni all'operatore o alla ditta esterna inadempiente. Se la ditta esterna per le prestazioni OSS è contrattualizzata con l'Ente Comunale/Ambito Sociale, le contestazioni vanno rese in prima istanza al Coord. d'Ambito, che procederà per gli eventuali atti conseguenziali.

Il Responsabile dell'U.O. distrettuale competente per l'età ovvero per la patologia, riferisce al proprio direttore sanitario di distretto, attraverso breve relazione semestrale, in merito alle prestazioni residenziali, semiresidenziali, PTRI, ovvero di cure domiciliari dei propri cittadini-utenti.

Alla relazione devono essere allegati i dati forniti su modello Excel già inviato dalla U.O.C - Coordinamento sociosanitario ai direttori di distretto e già utilizzato per i report dei cittadini in R.S.A., Centri Diurni e Cure Domiciliari.

La relazione e i dati in formato informatico (Excel) devono essere inviati semestralmente (via P.E.C. o via e-mail) al Direttore dell'UOC Coordinamento sociosanitario, al Direttore del Servizio Assistenza Distrettuale.

Il Responsabile della PUA, nel caso di PAI cogestiti per i PTRI sostenuti con BdS monitora mensilmente sull'andamento del Progetto Assistenziale.

## **17 IL PROGETTO ESECUTIVO INDIVIDUALE – (P.E.I.) - PROCEDURA E VERIFICHE**

- il Piano Esecutivo Individualizzato (PEI) del Progetto è la naturale prosecuzione del Progetto Assistenziale Individualizzato (P.A.I.)
- il Piano Esecutivo del Progetto è inviato alla struttura individuata per eseguire quanto previsto dalla U.V.I. e in conformità al P.A.I.

Il Piano Esecutivo del Progetto contiene, per la naturale validazione del livello d'intensità alto o medio o lieve dell'intervento studiato:

1. Le azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate
2. Quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati: n° accessi MMG/PIs), n° consulenze specialistiche programmate
3. Disponibilità e quantità di presidi e materiali vari
4. Durata complessiva del piano
5. Strumenti, scadenze e metodi della verifica del piano, in itinere e in ex-post, con particolare attenzione:
  - Alla verifica periodica dei risultati
  - Alla congruità delle misure/risorse impegnate rispetto agli obiettivi prefissati
  - 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

Il Piano esecutivo del Progetto per lo specifico Utente, congiuntamente al PAI) è consegnato al Legale rappresentante del Centro accreditato, Società, Ente Cogestore, Hospice e copia rimane al Responsabile Integrazione Sociosanitaria del distretto, al Case manager della U.V.I. e al responsabile dell'ufficio sociosanitario dell'Ambito nei casi di Progetti Assistenziali compartecipati

Il Piano esecutivo del Progetto, deve essere stilato dai componenti U.V.I. e conforme con il P.A.I. e, quindi, appropriato per le prestazioni che la U.V.I. ha richiesto, ed inviato, ovvero ri-inviato (nel caso di modifiche ed integrazioni) alle strutture accreditate per l'inizio delle attività sociosanitarie previste.

Nell'Allegato 5 è riportato uno schema di P.A.I. / P.E.I. contenenti le informazioni "essenziali e minime" necessarie alla stesura del progetto individuale. Al fine di uniformare la procedura su tutto il territorio Aziendale la scheda riportata nell'allegato 5 è obbligatoria. Essa, naturalmente, può essere integrata da eventuali altre note o verbali.

Il Direttore del Distretto (o suo delegato, di norma il Responsabile Integrazione Sociosanitaria) ha l'obbligo di verificare, attraverso la PUA o le PUA competenti, la conformità delle prestazioni effettuate previste dal P.E.I. con quelle effettivamente rese in sede presso la sede della struttura (Centro accreditato, Società convenzionata, Ente Cogestore, Ospedale di Comunità) o presso la sede del paziente per le Cure Domiciliari. Il Coord. d'Ambito / dirigente Ente Locale ha uguale facoltà di verificare la conformità delle prestazioni effettuate con quelle previste e contrattualizzate in U.V.I.

Qualora si dovessero riscontrare delle inadempienze o delle difformità, il Direttore del Distretto / Coordinatore d'Ambito Sociale, svolti in tempi celeri i dovuti accertamenti, deve ottemperare ai provvedimenti del caso. Per la parte sanitaria l'UOC Coordinamento Sociosanitario affianca il Direttore del Distretto per tutte le eventuali procedure di contestazione.

## **18 L'ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE DEI PARTECIPANTI ALLA U.V.I.**

Il Responsabile Integrazione Sociosanitaria del distretto, attesta la presenza in U.V.I. del MAP ovvero del Pls ovvero del medico specialista del distretto o di altri componenti la U.V.I. qualora questi ne facciano richiesta.

L'attestato contenuto nell'allegato8, contiene:

- La data dalla UVI
- La presenza del MAP /Pls ovvero del medico specialista dalle ore \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_
- La redazione della scheda S.Va.M.A. ovvero S.Va.M.Di di competenza del MAP ovvero del Pls ovvero dello specialista del distretto, ovvero dell'assistente sociale
- La redazione del P.A.I. e P.E.I. firmato da tutti i componenti della UVI
- La presa in carico del cittadino-Utente (o il prosieguo della presa in carico) per la verifica delle prestazioni sociosanitarie da effettuarsi (se così risulta concordato in sede UVI).

Si ricorda che, ai sensi della L. 196/2003 (Privacy), le generalità del Cittadino-Utente, non vanno riportate sull'attestato di partecipazione alla U.V.I. del MAP / Pls ovvero dello specialista del distretto, ovvero dell'assistente sociale.

L'attestato deve essere firmato dal direttore del distretto, o suo delegato, di norma, il responsabile Integrazione Sociosanitarie del distretto.

L'attestato deve essere consegnato dal MAP/Pls/ specialista al dirigente dell'UOASB (o ad altro operatore, individuato dal dirigente della UOASB) che provvederà alle operazioni di liquidazione di quanto dovuto ai partecipanti alla U.V.I.

## **19 NORME FINALI**

Tutti gli atti vanno conservati nel rispetto della Privacy ai sensi del D.lgs. 196/2003

## **ALLEGATI**

**RICHIESTA COMPILAZIONE SCHEDA SVAMA SOCIALE ALL'ENTE LOCALE**



Prot. n° ..... Del .....

Al Servizio Sociale del Comune / Ambito .....

Si rende noto che in data ..... presso la PUA ..... è giunto alla ns osservazione il

<p><b>Sig.</b> .....</p> <p><b>Nato a</b> ..... <b>il</b> ..... <b>Res. in via</b> .....</p> <p><b>Familiare/tutore/ Amministratore Sig.</b> .....</p> <p><b>Attualmente domiciliato in</b> .....</p> <p><b>Recapiti Telefonici</b> .....</p>
---

Che ha espresso la seguente richiesta

.....

.....

.....

.....

La richiesta, per quanto valutato dalla PUA, è compatibile con prestazioni sociosanitarie.

Si richiede ai vostri servizi l'attivazione delle procedure per la valutazione delle condizioni familiari, abitative, economiche e di reti di comunità relative al Cittadino.

Si attende esito delle Vs indagini, ricordando che in base alla normativa vigente, la presa in carico del Cittadino e il suo eventuale Progetto Assistenziale Individuale (PAI) deve essere elaborato in UVI **entro 30 gg dalla richiesta**.

La scheda Sociale SVAMA, oltre a tutte le informazioni dal Vs Ente ritenute necessarie deve contenere il **calcolo ISEE** (si ricorda che il calcolo ISEE per prestazioni di ricovero in RSA deve tenere conto del reddito familiare) e, nel caso per il Cittadino oggetto delle prestazioni sociosanitarie, insista un familiare/tutore/Amministratore di Sostegno, che lo stesso **abbia titolo** per firmare il verbale UVI ed il PAI in vece del Cittadino.

Il Dirigente PUA e/o Dirigente Ufficio Sociosanitario Distretto .....

## Allegato 2

### **RICHIESTA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE DA PARTE DEL MAP/Pls**

Prot. n° ..... Del .....

Al Dirigente PUA

Materno Infantile     Ass. Riabilitativa     Ass. Anziani     Serv. Dipendenze     UO Salute  
Mentale

PUA Sociale

Si segnala che il mio assistito:

**Sig.** .....

**Nato a** ..... **il** ..... **Res. in via** .....

**Familiare/tutore/ Amministratore Sig.** .....

**Attualmente domiciliato in** .....

**Recapiti Telefonici** .....

Presenta le seguenti problematiche socio sanitarie

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

In particolare si chiede di valutare l'opportunità di elaborazione in UVI di un Progetto Assistenziale Individuale (PAI) per:

Cure Domiciliari     Ass. Centro Diurno     Ass. in RSA     ASS. in PTRI     Altro

**Il MAP /Pls**

**Dr.** .....

- la richiesta va inviata per email alla PUA
- la richiesta avendo caratteristiche socio sanitarie deve contenere anche informazioni di carattere sociale (problematiche nucleo familiare / problematiche abitative / ecc.)



## Allegato 3

**SEGNALAZIONE AL MAP/Pls DI RICHIESTA DI ATTIVAZIONE PROCESSO SOCIOSANITARIO  
ESPRESSA DAL CITTADINO DIRETTAMENTE ALLA PUA**

Prot. .... Del .....



Al Medico MAP / Pls

Dr.....

Si segnala che presso la ns PUA ..... è pervenuto alla ns osservazione il Suo assistito

**Sig.** .....

**Nato a** ..... **il** ..... **Res. in via** .....

**Familiare/tutore/ Amministratore Sig.** .....

**Attualmente domiciliato in** .....

**Recapiti Telefonici** .....

Che ha espresso il seguente bisogno sociosanitario

.....  
.....  
.....  
.....

Il bisogno espresso sembra compatibile per:

Cure Domiciliari     Ass. Centro Diurno     Ass. in RSA     ASS. in PTRI     Altro

da valutare in UVI

Si richiede relazione sanitaria relativa all'assistito ed eventuale problematica di natura sociosanitaria (condizioni abitative, condizioni nucleo familiare ove presente, problematiche relative al reddito, ecc.) e contestuale compilazione della scheda SVAMA / SVAMADI.

Il tutto deve pervenire via email all'indirizzo .....  
Entro e non oltre 5 gg dalla ricezione della presente.

Il Dirigente della PUA .....  
Distretto Sanitario N° .....

Dr. ....

**SCHEMA DI AVVIO PROCEDIMENTO SOCIOSANITARIO DA CONSEGNARE AL CITTADINO**

Prot. .... del .....



Distretto Sanitario n° .....

PUA .....

**Si attesta che**

Il Sig. ....

Nato a ..... il ..... Residente in .....

**In qualità di**  diretto interessato  in qualità di familiare/tutore/amministratore

Del Sig. ....

Nato a ..... il ..... Residente in .....

Ha fatto richiesta di accesso alle prestazioni sociosanitarie in data ...../...../.....

Il Resp. della PUA ..... rende noto che avvierà le procedure come previste dal regolamento vigente della ASL Na 3 Sud, che tale procedura coinvolge il MAP/Pls del paziente, lo o gli specialisti sanitari della patologia, il servizio sociale /ambito Sociale del Comune di residenza.

Che il Comune/Ambito Sociale calcolerà il reddito ISEE per eventuale compartecipazione del Cittadino alla spesa per le prestazioni sociosanitarie. Che lo stesso Comune/Ambito verificherà la titolarità del richiedente la prestazione nel caso la stessa non sia presentata dal diretto interessato

Rende, altresì, noto che la procedura di eventuale presa in carico assistenziale sociosanitaria sarà presa in Unità di Valutazione Integrata (UVI) che di norma sarà convocata entro 30 gg dalla data della richiesta di accesso.

Il Responsabile della procedura di presa in carico è il dr. ....

Email ..... tel. Ufficio .....

Il Responsabile del procedimento

-----

Firma, per ricevuta da parte del Cittadino/familiare/tutore

-----

## Allegato 5

ATTENZIONE: Il presente allegato è in formato excel che consente, tra l'altro, l'individuazione automatica del CIA per le cure domiciliari e il calcolo presunto della spesa del PAI per tutte le prestazioni. Esso è inviato a parte in formato excel, agli uffici Sociosanitari Distrettuali. Come evidenziato nelle Linee Guida rappresenta lo strumento minimo per la compilazione del PAI e del PEI, che può essere integrato da eventuali ulteriori verbali e documentazione che la UVI, in autonomia, valuta necessari

<b>Distretto</b>		<b>Ambito</b>	
<b>Motivo convocazione dell'U.V.I.:</b>			
<b>Porta Unica di Accesso:</b>			
<b>Data UVI</b>	<b>Durata PAI</b>	<b>Data scadenza PAI</b>	
<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>		
<b>Luogo di nascita</b>	<b>Data di nascita</b>		
<b>Comune di residenza</b>	<b>Domicilio</b>		
<b>Recapiti Utente:</b>			
<b>CODICE FISCALE</b>	<b>TESSERA SANITARI A</b>		
<b>Caregiver</b>	<b>Recapiti caregiver</b>		
<b>Indirizzo</b>	<b>Grado di parentela</b>		
<b>MAP/PLS</b>			
<b>Recapiti:</b>	<b>email MAP/PLS</b>	-	
<b>Altro</b>	<b>Nominativo</b>		
<b>Telefono</b>	<b>email</b>	-	
<b>Assistente Sociale</b>	<b>Ente</b>	Ente Locale	
<b>Sintesi diagnosi sanitaria</b>		<b>ICD</b>	
		<b>ICD</b>	
		<b>ICD</b>	
<b>l'inserimento in:</b>	<b>Profilo:</b>	alto	
<b>Obiettivi sociosanitari a breve/medio termine</b>			
<b>Miglioramento</b>	<b>Recupero</b>		
<b>Prevenzione/Trattamento</b>	<b>Altro:</b>		
<b>Obiettivi sociosanitari a lungo termine</b>		Stabilizzazione del quadro clinico	
<b>Tariffa applicata in €/die</b>	Quota S.S.R.	Quota Ente Locale	Quota Utente

**Struttura individuata all'Utente/Familiare/Tutore/Amministratore di sostegno:**

<b>Case Manager</b>		Telefono	
<b>Care Manager</b>		Telefono	
<b>Il Caregiver è in grado di prendersi cura della persona?</b>	Totalmente		

**Per prestazioni di R.S.A./C.D./P.T.R.I./S.U.A.P./Hospice le attività assistenziali sono quelle previste nei rispettivi contratti con le strutture. Il P.E.I. va implementato in caso di bisogni specifici**

**Azioni sanitarie e/o sociali specifiche, figure professionali e tipologia delle prestazioni da effettuarsi necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati:**

**P.A.I. CURE DOMICILIARI**

Figura professionale	Accessi i Mese	Accessi Settimana a	n° giorni/settimana con almeno 1 accesso	G.D.C.	C.I.A.	G.E.A.
MAP/Pls						
Specialista Centro NAD						
Specialista R.A.R.T.						
Specialista Rianimazione						
Altro specialista						
Infermiere 30'					#DIV/0!	0,00
Infermiere 60'						
Fisioterapista						
Logopedista						
Operatore Socio Sanitario						
Psicologo						
Osa						
<b>Costo O.S.S.</b>	ASL		Ente Locale		Utente	- €
Costo PAI ASL mensile			Costo PAI totale			- €
Costo PAI sociale mensile	- €		Costo PAI sociale totale			- €
Costo PAI Utente mensile	- €	% Quota Ente Locale		% Quota Utente		
<b>P.A.I. residenziali/semiresidenziali/P.T.R.I.</b>						
<b>Codice e livello</b>				<b>Durata piano</b>	<b>Costo/die</b>	
				<b>365</b>		
<b>Quota Ente Locale</b>		<b>Quota ASL</b>			%	
					Utente	
<b>Quota Utente</b>	€	%	ASL		%	Ente Locale
<b>Strumenti/tempi di monitoraggio</b>	Rivalutazione alla scadenza					
L'utente necessita di prescrizione/erogazione farmaci/ausili?						
				Tipo:		

L'utente necessita di prescrizione/erogazione consumabili?		Tipo:	
<b>Componenti UVI</b>			
<b>Partecipanti</b>		<b>Cognome e Nome</b>	
Direttore Distretto/Responsabile UOSS			
Responsabile P.U.A.			
Responsabile ADO/CP/NAD/SLA/			
MAP/PLS			
Specialista del distretto			
Delegato Ente Locale			
Assistente Sociale			
Familiare/Tutore/Amministratore			
<b>Parte riservata a:</b>		<b>Familiare</b>	
Tipo Documento	Carta d'Identità	Numero	Scadenza

Accetta il P.A.I. ed il relativo P.E.I. elaborati in U.V.I. e l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa come indicato sia nel verbale U.V.I. nel P.A.I.

Firma

### PROCEDURE PER I PTRI SOSTENUTI CON BUDGET DI SALUTE

I Progetti Terapeuti Riabilitativi Individuali (PTRI) sostenuti con Budget di Salute (BdS) rappresentano una modalità di intervento che coinvolge nel PAI la comunità locale attraverso Enti Cogestori.

- 1) Nei PTRI sostenuti con BdS possono essere coinvolti Enti Cogestori inseriti nell'Albo Fiduciario istituito nell'ASL Napoli 3 Sud sia per l'area non psichiatrica che per l'area psichiatrica;
- 2) I PTRI sono mirati ad un progetto globale di miglioramento di vita del Cittadino in condizioni di fragilità che hanno l'obiettivo di "riqualificare" le prestazioni sociosanitarie e migliorare la qualità di vita attraverso un "progetto personalizzato" (o progetto di vita);
- 3) I PTRI hanno durata massimo biennale e solo in casi eccezionali e motivati l'equipe UVI può valutare la possibilità di proseguire il PTRI per un ulteriore altro anno;
- 4) I PTRI non sono sostitutivi degli interventi sanitari e sociali delle istituzioni pubbliche; In nessun caso possono essere delegati all'Ente cogestore funzioni proprie del servizio sanitario e del servizio sociale;
- 5) I compiti prioritari degli Enti cogestori sono la promozione e/o il mantenimento di attività rivolte: all'affettività/relazioni, all'habitat sociale, alla formazione, al lavoro.
- 6) Gli Enti cogestori che accettano di compartecipare al Progetto Individuale sono impegnati a collaborare al PAI elaborato in UVI e ad indicare le modalità di gestione delle risorse economiche (budget di Salute) assegnato.

#### LINEE GUIDA

Lo scenario nel quale si colloca il modello d'intervento sostenuto dal Budget di Salute è quello del passaggio da un sistema di protezione sociale, che ha affidato allo Stato il compito di produrre benessere, e con esso la salute della popolazione, ad una realtà nella quale produrre benessere – e con esso salute – diventa anche un compito della società civile, all'interno di un sistema relazionale che compone le varie dimensioni del benessere (sociale, economico, ambientale...) entro quella più ampia della fruizione dei diritti civili e ne riconosce l'intima connessione con il sistema politico-amministrativo. Uno scenario che vede funzione principale dell'azione pubblica quella di *"incrementare l'autonomia dei soggetti"* secondo principi di equità, di solidarietà, di partecipazione e sussidiarietà.

Questo modello rappresenta un contributo per offrire sostegno attivo al processo di pluralizzazione degli attori e degli strumenti nella protezione sociale degli utenti, in cui la politica sociale non coincide più esclusivamente con la politica pubblica (intesa come istituzioni statuali) ma diviene anche funzione sociale diffusa.

Si intende in tal modo contribuire alla costituzione di un welfare-mix fondato sulla responsabilizzazione della società, ed in primo luogo dei destinatari dei programmi che, in questa prospettiva, devono giocare un ruolo più attivo e, perfino, imprenditoriale. Si fa strada l'idea dei pro-sumers, cioè dei cittadini – anche portatori di un bisogno – come soggetti che sono al contempo produttori, distributori e consumatori dei beni e servizi di welfare. Sono i protagonisti di nuove forme di "mercato" non più fondato esclusivamente sullo scambio di beni o servizi ma sulla creazione di legami o altrimenti detti beni relazionali.

In generale, gli interventi sociosanitari integrati dovranno tradursi in specifiche scelte operative (interventi), tese a incidere e a modificare la qualità della vita di una collettività, incrementandone il benessere, ovvero riducendo i fattori di rischio.

In particolare essi serviranno a:

1. identificare modalità d'integrazione e partenariato (sistema relazionale) tra gli attori e pratiche operative che favoriscano, sostengano ed alimentino processi di "*qualità sociale*" e che aumentino gli spazi di vita pubblica e di partecipazione alla costruzione del bene comune;
2. valorizzare e promuovere la capacità delle comunità locali di affrontare i propri problemi, intervenendo dall'esterno quando è necessario immettere risorse aggiuntive (economiche e non) per incrementare le capacità di risposta autonoma;
3. riconoscere agli utenti e ai loro familiari la capacità di interpretare i rispettivi bisogni e di scegliere soluzioni adeguate;
4. riconoscere alla comunità locale la capacità di organizzarsi per rispondervi;
5. sostenere o integrare entrambe queste capacità dove non sufficientemente sviluppate;
6. comprendere il III settore e le forme di auto-organizzazione della comunità locale tra i protagonisti delle risposte ai bisogni del territorio;
7. ribadire il ruolo della Pubblica Amministrazione come essenziale per garantire l'universalità di accesso ai servizi e la definizione delle regole a garanzia della corretta redistribuzione e funzionamento del sistema e della loro giusta applicazione;
8. favorire un percorso di riappropriazione, da parte delle famiglie e delle associazioni di utenza, di un ruolo prioritario nel provvedere ai bisogni sociali in modo mutualistico;
9. promuovere la realizzazione di strumenti di controllo da parte degli utenti associati (cui va affidata un effettiva funzione istituzionale), attraverso la trasparenza delle prestazioni offerte (e dunque da particolareggiate "*carte dei servizi e reports di bilancio partecipativo*"), al fine di evitare possibili comportamenti opportunistici.

Nello specifico per quanto riguarda le aree di interesse sociosanitario si dovrà considerare che:

1. operare nelle aree di competenza sociosanitario coincide, in ogni contesto, con la promozione di processi e pratiche di attribuzione di senso e soggettività alle domande di chi spesso invece viene ridotto al silenzio, catalogato e reso anonimo;
2. l'attività riabilitativa nelle aree sociosanitarie è, quindi, innanzitutto attività di ricostruzione dell'accesso ai diritti di cittadinanza delle persone con disabilità, che richiede un continuo abbattimento degli ostacoli del pregiudizio e dello stigma, attraverso una infinita opera di promozione culturale dell'accoglienza a partire dall'organizzazione delle istituzioni pubbliche;
3. è necessario valorizzare la differenziazione e la creatività delle risposte mai definitive, mai totalizzanti, mai derivanti da un solo soggetto autocentrato, mai "*solo sanitarie o solo sociali*";
4. i Servizi Pubblici non devono delegare la gestione di una parte delle proprie competenze al privato, ma devono ricercare partner per la costruzione di contesti ove siano presenti le determinanti sociali "*prodotti flessibili*" predittive delle prognosi positive, e che, come ha affermato in un recente documento l'O.M.S., "*devono essere parte integrante del trattamento medico*" (welfare-mix);
5. il ruolo del partner Privato non sarà di gestire strutture più o meno protette, ma di fornire occasioni di apprendimento/socialità/affettività, formazione/lavoro e casa/habitat sociale opportune per la cogestione di Progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati. Al centro del sistema sarà, quindi, riposta la persona con un nome ed un volto unico ed irripetibile, portatrice di un valore, e non una struttura ed un'organizzazione (anche se non profit);
6. al partner si dovrà chiedere di fornire queste occasioni attraverso la valorizzazione del residuale, dell'ambiente, dei contesti, delle famiglie. La variabile economica, seppur necessaria, deve in questa progettualità essere "*incorporata*" nel sociale e gli elementi di scambio devono centrarsi sui legami più che sui beni (i beni forniscono l'indispensabile mediazione d'oggetto in un percorso ri-abilitativo);

7. si dovranno promuovere forme di privato sociale che favoriscano l'inserimento nelle compagini sociali, in veste di *soci/associati*, dei destinatari dei servizi, come strategia di attribuzione di poteri e diritti dei soggetti deboli e perché non si tratti di qualcuno (una organizzazione) che fa qualcosa su o per qualcun altro (i fruitori) a fronte di un vantaggio economico (il bene), ma di qualcuno che fa qualcosa con qualcun altro (il legame), attraverso l'utilizzo di contenuti economici e della mediazione oggettuale.
8. E', inoltre, opportuno che il partner cogestore (insieme con gli altri soggetti) promuova e sostenga *"la nascita ed il funzionamento di gruppi di mutuo-aiuto di familiari e di persone con disabilità e di cooperative sociali, specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo"*.
9. Si devono, perciò, realizzare organizzazioni mutuali in cui siano presenti diversi portatori di interesse (multistakeholders): gli utenti ed i loro rappresentanti, i lavoratori, i volontari ecc, coinvolti e sostenuti dal Servizio Pubblico che, comunque, mantiene una funzione di controllo, nella direzione del Welfare Comunitario. Questo nella convinzione del valore terapeutico di ricostruzione dell'identità che questo processo di "protagonizzazione" e "ricontrattualizzazione" porta con sé.
10. E' necessario realizzare, come previsto dalle linee guida emanate dal Ministero della Sanità per quanto riguarda la riabilitazione in genere, l'obiettivo di ridurre le conseguenze disabilitanti della malattia attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo.
11. Per raggiungere questi obiettivi è necessario attivare strumenti di integrazione organizzativa (Unità di Valutazione e Progettazione) per la *"formulazione di piani terapeutico riabilitativi personalizzati, con assegnazione di responsabilità precise e di precise scadenze di verifica"* con il coinvolgimento delle famiglie nell'attuazione degli stessi possibilmente su base locale/comunale.
12. E' necessario condividere il percorso di revisione del ruolo dell'Ente Locale, maggiormente orientato alla definizione di politiche innovative per le aree ad integrazione sociosanitaria anche con destinazione di quote di bilancio, con particolare riferimento alla programmazione e gestione della L. 328/00.
13. Vanno promossi modelli di ricerca, formazione e informazione che siano incentrati sulle esperienze concrete coerenti con i principi qui delineati. In particolare, è necessario ipotizzare il Bilancio partecipativo come terreno su cui ripensare una diversa professionalità di lavoro socio-sanitario rinnovandone *"l'impianto metodologico secondo i principi del lavoro in rete"*.

## REGOLAMENTO NORMATIVO CONTRATTUALE PER IL RAPPORTO FRA I COGESTORI E LE PERSONE IN PTRI

### PREMESSA

Le parti dichiarano di conoscere e di condividere i criteri ispiratori delle azioni di cogestione dei PTRI con budget di salute e di tutte le relative disposizioni attuative della metodologia.

Il Cogestore è consapevole che il rapporto tra l'ASL Na 3 sud/Ambito Territoriale ed il Cogestore si configura come un rapporto fiduciario fondato sul rispetto dei reciproci impegni.

Il progetto terapeutico-riabilitativo individuale (PTRI) di \_\_\_\_\_ allegato al presente documento è parte integrante e sostanziale dello stesso.

### **ART. 1 CARATTERISTICHE DEL REGOLAMENTO NORMATIVO CONTRATTUALE**

Il presente regolamento definisce i soggetti coinvolti, gli obiettivi, la metodologia, i servizi/strumenti di fruizione, i documenti di riferimento e gli strumenti di verifica del contratto atipico di natura privatistica, mediante il quale una persona che abbia difficoltà ad acquisire e/o mantenere le abilità necessarie ad una integrazione sociale soddisfacente, dietro corrispettivo del trasferimento di una dotazione economica, ottiene da parte del Cogestore il possesso mutuale di una serie di strumenti e di servizi in grado di garantirgli



l'accesso ai diritti all'apprendimento, alla casa, al lavoro, alla socialità e, ove appropriato, l'acquisizione dello status di socio/associato dell'organizzazione cogestrice, o di altra organizzazione ad essa collegata<sup>1</sup>.

Il possesso degli strumenti, del capitale e dei servizi previsti dal seguente regolamento ha come obiettivo la progettazione e la realizzazione di effettivi percorsi di inclusione, abilitazione, emancipazione per la persona fruitrice del PTRI.

## ART. 2 DOTAZIONE ECONOMICA ED EVENTUALE COMPARTECIPAZIONE

L'intensità dell'allegato PTRI è:  bassa  media  alta

La durata va dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

L'impegno economico complessivo è pari a € \_\_\_\_\_

di cui :

€ \_\_\_\_\_ a carico ASL Na3 sud,

€ \_\_\_\_\_ a carico dell'utente

€ \_\_\_\_\_ a carico dell'Ambito Territoriale \_\_, ai sensi del DPCM 29/11/01, all 1C).

La fatturazione avverrà come da D.C.A. n. 77/2012 e n. 81/2012 e DGRC n. 50/2012 e 483/2012, così come modificato dalla L.R. n. 5/2013, comma 61 e dal D.C.A. n. 86/2013.

La dotazione economica, assegnata alla persona in PTRI e nell'interesse della stessa, dovrà essere gestita dal cogestore con la diligenza del buon padre di famiglia ed essere adeguatamente rendicontata.

L'ASL Na 3 sud/Ambito Territoriale si riserva la possibilità di definire schemi ed orientamenti per rendere appropriata la redazione della rendicontazione del cogestore.

La dotazione economica dovrà essere utilizzata come garanzia della permanenza in ambienti familiari<sup>2</sup>, del possesso dell'habitat, dell'impresa, della fruizione dei servizi e dei processi di apprendimento. L'eventuale compartecipazione alla spesa da parte della persona in PTRI è definita dalle norme e regolamenti vigenti e potrà essere corrisposta dalla persona-utente, o dal civilmente obbligato. Fermo restando la volontà del singolo e la sua motivazione, il Servizio Pubblico sostiene e ricerca il consenso informato e consapevole della persona che accede al presente contratto.

## ART. 3 SOGGETTI COINVOLTI

Soggetti coinvolti:	
• persona in PTRI	
• Cogestori	
• famiglia della persona in PTRI, se presente	
• Servizi pubblici dell'ASL (Distretto, UOSM, U.O.Ser.T, Anziani, UOADI, UOMI, UOAR, ecc.)	
• Servizi pubblici del Comune	
• Eventuali altri servizi pubblici	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutore - curatore provvisorio (nei casi previsti dalla legge)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amministratore di sostegno (nei casi previsti dalla legge)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Giudice tutelare (nei casi previsti dalla legge)</li> </ul>	

#### **ART. 4 OBIETTIVI DEL REGOLAMENTO NORMATIVO CONTRATTUALE**

Gli obiettivi del percorso terapeutico riabilitativo della persona-utente sono indicati nell'allegato PTRI.

Gli obiettivi generali, comunque, si delineano in funzione dei bisogni/risorse della persona, e si concretizzano nell'offerta da parte del cogestore: - (Apprendimento / Socialità / Affettività): di occasioni di apprendimento, applicazione e sviluppo delle conoscenze acquisite, in maniera strutturata e non strutturata; oppure, nel caso fosse necessario, d'interventi di apprendimento di base, di esperienze sensoriali intenzionali e di cura del sé; di reti sociali, culturali, affettive e di auto-aiuto orientate all'avere, al possedere ed alla proprietà privata - (Casa / Habitat Sociale) di abitazione in proprietà mutuale, divisa o indivisa, in usufrutto, e/o in affitto, con contratto nominale, all'interno di una rete qualitativa di habitat sociale; oppure, nel caso di persona già proprietaria di casa, di strumenti e iniziative per aumentare la qualità dell'habitat sociale della persona; - (Formazione / Lavoro) di partecipazione diretta all'impresa da parte della persona (in qualità di socio/associato dell'organizzazione, o di altra organizzazione collegata alla stessa) secondo le proprie possibilità; o, comunque, di agire all'interno di ambienti operosi, di scambio reale ed innervati da specifici piani d'impresa;

L'obiettivo è di promuovere e sostenere l'effettiva accessibilità alle tre aree/diritti attraverso il recupero di contrattualità alla persona in PTRI, che questi diritti e questa contrattualità hanno a rischio o perduto, negata e/o sottratta<sup>3</sup>.

La dotazione economica, che l'ente eroga per ogni progetto riabilitativo individualizzato e per un tempo definito, deve essere utilizzata, anche, per sostenere l'auto organizzazione imprenditoriale del socio/associato del cogestore.

Gli obiettivi tecnico organizzativi sono: - realizzare il massimo coinvolgimento delle persone nella scelta dell'ambiente e del progetto di vita; - promuovere la nascita di ambiti di socialità fortemente aderenti ai mondi reali e vitali e collegati in rete al progresso e sviluppo locale di microsistemi economico-sociali; - superare modelli meramente assistenzialistici ed escludenti, in risposta ai bisogni della persona, attingendo a metodi imprenditoriali ed attivatori di risorse e di progresso e sviluppo locale alternativo; - realizzare una rete di risposte territoriali comunitarie ai bisogni della persona con partecipazione diretta delle persone stesse e del nucleo familiare; - promuovere, investire e sostenere forme di welfare familiare/comunitario, attraverso il ripristino e/o l'attivazione di legami solidali, condivisi e di auto-aiuto.

#### **ART. 5 METODOLOGIA**

Le parti dichiarano che le fasi sotto elencate, hanno portato alla sottoscrizione del presente documento e caratterizzeranno le successive azioni:

a. segnalazione formale del soggetto con disabilità, da parte dei Servizi sopra citati o da parte dei privati, coinvolgendo i servizi di riferimento che operano la valutazione, mediante l'applicazione dell'International Classification of Functioning, Disability and Health (I.C.F.), opportunamente integrato con almeno uno strumento specifico per area di integrazione sociosanitaria;

b. incontro di conoscenza reciproca, con individuazione da parte del cogestore delle concrete risorse per l'accoglienza ed il sostegno della persona-utente;

- c. costruzione del Progetto individuale;
- d. individuazione dell'entità del corrispettivo giornaliero e/o delle abilità presenti o da acquisire che la persona erogherà in funzione dei propri bisogni – risorse e dell'eventuale partecipazione di terzi (i soggetti sopra citati) al contratto dal punto di vista economico;
- e. analisi della possibilità della persona di conferire somme di danaro o altri beni al cogestore, avendo garanzia contrattuale che tale atto, qualificandola come socio/associato, si delinea come anticipo per la fruizione dei futuri servizi e strumenti di accesso dei diritti citati per un periodo predefinito di tempo;
- f. proposta; accettazione del contratto<sup>4</sup> ;
- g. esercizio, fruitivo e responsabile, del possesso e delle attività;
- h. iscrizione del soggetto su richiesta scritta, al libro dei soci/associati del cogestore;
- i. valutazione e autovalutazione semestrale a cura del cogestore e del Servizio Pubblico sui criteri concordati.

## **ART. 6 SERVIZI-STRUMENTI**

I Servizi-strumenti si sostanziano in attività che comprendono il soddisfacimento delle necessità fondamentali del soggetto, la fruizione di opportunità sociali, relazionali, culturali e affettivi, il possesso mutuale dei mezzi di riproduzione abitativa – formativa – lavorativa – sociale in modo commisurato alla possibilità e responsabilità del soggetto.

I servizi sono personalizzati, a carattere continuativo, comprensivi del mantenimento, della convivenza e della presa in carico, materiale e responsabile, della persona in PTRI.

Essi sono erogati direttamente dal Cogestore alla persona, coinvolgendola attivamente, salva la possibilità di costituire o di avvalersi di altri Cogestori.

Il Cogestore deve svolgere le proprie attività cooperando e coordinandosi con i Servizi pubblici.

Il passaggio da PTRI sociosanitario a PTRI a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria ed i relativi tempi di permanenza e/o di rinnovo sono definiti dalla specifica Unità di Valutazione Integrata.

## **ART. 7 FONTI NORMATIVE E DOCUMENTALI DI RIFERIMENTO**

Le leggi ed i documenti di riferimento riguardano la negotiorum gestio, ai sensi dell'art. 20285 e succ.6 C.C., l'art. 3547 C.C., l'art. 3618 C.C., l'art. 4289 C.C., L. n°6/04, le disposizioni dell'Avviso Pubblico e la documentazione relativa al progetto terapeutico riabilitativo individuale.

## **ART. 8 MODALITÀ DI VERIFICA**

L'attività di monitoraggio e verifica sarà effettuata in maniera sistematica ad intervalli temporali predefiniti o sulla base di situazioni critiche emergenti, a cura dell'UVI, utilizzando strumenti di valutazione multidimensionali dell'autonomia e dell'autosufficienza (ICF), strumenti specifici per area sociosanitaria nonché della Qualità Percepita.

A tale fine, il Cogestore collabora con il Servizio Pubblico e con le Istituzioni preposte (giudice tutelare, giudice minorile ecc.).

Assume carattere rilevante, ai fini del presente regolamento, la valutazione dei livelli di autosufficienza della persona.

Sulla base di tale valutazione potrà realizzarsi una rimodulazione/estensione del contratto: i caratteri di tale rimodulazione/estensione riguardano il programma integrato, che dovrà essere riformulato dal Servizio di

pertinenza e dall'UVI (Unità di Valutazione integrata), con contestuale ridefinizione delle risorse impiegate e volte alla permanenza della persona in PTRI nel suo possesso acquisito (Apprendimento / Socialità / Affettività – Casa / Habitat sociale – Formazione / Lavoro).

La rilevazione di un peggioramento del grado di autosufficienza della persona in PTRI, comportando un aggravio degli oneri a carico dello stesso, darà diritto al Cogestore di rimodulare l'offerta contrattuale, salva la rescissione da parte degli aventi causa.

L'ASL Na 3 sud/Ambito Territoriale, direttamente o/e attraverso altro soggetto da quest'ultima formalmente delegato, può effettuare tutte le indagini tecniche ed amministrative ritenute necessarie, anche tramite sopralluoghi e/o acquisizione di documentazioni pertinenti, per la verifica dei risultati dei PTRI.

#### **ART. 9 RESPONSABILITÀ ED INADEMPIENZE**

L'ASL Na 3 sud/Ambito Territoriale sono esonerati da ogni responsabilità per danni a persone o cose, infortuni o altro che dovessero verificarsi nella gestione del PTRI, non agli stessi direttamente imputabili.

Le parti riconoscono l'esistenza di danno nei confronti della persona in PTRI, nel caso d'inerzia totale e/o parziale o di altre inadempienze del Cogestore o degli operatori pubblici tenuti all'attuazione del PTRI, legittimando, pertanto, l'esercizio delle relative azioni legali da parte della persona-utente, del civilmente obbligato, dei Servizi pubblici e/o di quanti ne abbiano legittimo interesse.

Qualora gli obiettivi del PTRI non vengano raggiunti, l'ASL Na 3 sud/Ambito Territoriale, o chiunque ne abbia un legittimo interesse, può esperire, in via accessoria, l'azione generale di indebito arricchimento, di cui all'art. 2041 C.C., nei confronti degli aventi causa e di quanti erano tenuti ad adempiere. Le parti sono tenute alle disposizioni del D. Lgs.196/2003 e s.m.i. (legge sulla privacy).

Per qualsiasi controversia inerente o derivante dal presente Contratto o dalla sua esecuzione sarà esclusivamente competente il Foro di Napoli.

Per quanto non previsto si rinvia all'Avviso Pubblico ed alle norme del Codice Civile.

LUOGO E DATA, \_\_\_\_\_

Per espressa approvazione delle clausole disposte dagli art. 3, 4, 6, 7, 9 del presente contratto ai sensi dell'art. 1341, 2 comma del Codice Civile.

Firma della persona in PTRI (o del civilmente obbligato) \_\_\_\_\_

Firma del Responsabile preposto dell'ASL Na 3 sud \_\_\_\_\_

Firma del cogestore (o rappresentante Legale del cogestore) \_\_\_\_\_

Firma del Responsabile preposto dell'Ambito Territoriale \_\_\_\_\_

Firma di eventuali altri soggetti partecipanti \_\_\_\_\_

## NOTE

1 La partecipazione attiva nella compagine sociale è finalizzata ad evitare l'istaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di marginalità e di esclusione attraverso l'assistenza e la reistituzionalizzazione; il contratto, pertanto, deve mettere le persone in PTRI nelle condizioni di essere soci/associato a pieno titolo dell'organizzazione cogestrice, nei casi di specie, con diritti e responsabilità uguali.

2 Per famiglia s'intende un insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nello stesso comune (anche se non sono ancora iscritte nell'anagrafe della popolazione residente del comune medesimo). Una famiglia può essere costituita anche da una sola persona. L'assente temporaneo non cessa di appartenere alla propria famiglia sia che si trovi presso altro alloggio (o convivenza) dello stesso comune, sia che si trovi in un altro comune.

3 Ogni contratto dovrà contenere i citati diritti almeno in termini di fruibilità, per arrivare a restituire il massimo di protagonismo e la maggior identità possibile alle persone, attraverso il sostegno e la promozione della loro capacità di scelta.

4 Tale atto viene sottoscritto dalla singola persona, o da un eventuale parente (fino al quarto grado di parentela), in mancanza di questi, dal sindaco del comune di sua abituale dimora, su proposta dei servizi sociali del comunali. Qualora la persona sia interdetta o inabilitata, la sottoscrizione viene effettuata dal tutore o dal curatore con le modalità previste dalla legge o dall'amministratore di sostegno, se presente. Inoltre se la persona è in carico ai servizi sociali del comune e/o ai servizi socio sanitari dell'ASL, l'atto viene sottoscritto anche dal responsabile del servizio.

5 Art. 2028 Obbligo di continuare la gestione - Chi, senza esservi obbligato, assume scientemente la gestione di un affare altrui, è tenuto a continuarla e a condurla a termine finché l'interessato non sia in grado di provvedervi da se stesso. L'obbligo di continuare la gestione sussiste anche se l'interessato muore prima che l'affare sia terminato, finché l'erede possa provvedere direttamente.

6 Art. 2029. Capacità del gestore - Il gestore deve avere la capacità di contrattare (1425). Art. 2030 Obbligazioni del gestore - Il gestore è soggetto alle stesse obbligazioni che deriverebbero da un mandato (1703 e seguenti). Tuttavia il giudice, in considerazione delle circostanze che hanno indotto il gestore ad assumere la gestione, può moderare il risarcimento dei danni ai quali questi sarebbe tenuto per effetto della sua colpa (1223 e seguenti). Art. 2031 Obblighi dell'interessato - Qualora la gestione sia stata utilmente iniziata, l'interessato deve adempiere le obbligazioni che il gestore ha assunte in nome di lui, deve tenere indenne il gestore di quelle assunte dal medesimo in nome proprio e rimborsargli tutte le spese necessarie o utili con gli interessi (1284) dal giorno in cui le spese stesse sono state fatte. Questa disposizione non si applica agli atti di gestione eseguiti contro il divieto dell'interessato, eccetto che tale divieto sia contrario alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume. Art. 2032 Ratifica dell'interessato - La ratifica (1339) dell'interessato produce, relativamente alla gestione, gli effetti che sarebbero derivati da un mandato (1703 e seguenti), anche se la gestione è stata compiuta da persona che credeva di gestire un affare proprio.

7 Art. 354 (Tutela affidata a enti di assistenza) - La tutela dei minori, che non hanno nel luogo del loro domicilio parenti conosciuti o capaci di esercitare l'ufficio di tutore, può essere deferita dal giudice tutelare a un ente di assistenza nel comune dove ha domicilio il minore o all'ospizio in cui questi è ricoverato (402). L'amministrazione dell'ente o dell'ospizio delega uno dei propri membri a esercitare le funzioni di tutela (355-2). E' tuttavia in facoltà del giudice tutelare di nominare un tutore al minore quando la natura o l'entità dei beni o altre circostanze lo richiedono.

8 Art. 361 Provvedimenti urgenti - Prima che il tutore o il protutore abbia assunto le proprie funzioni, spetta al giudice tutelare di dare, sia d'ufficio sia su richiesta del pubblico ministero, di un parente o di un affine del minore, i provvedimenti urgenti che possono occorrere per la cura del minore o per conservare e

amministrare il patrimonio. Il giudice può procedere, occorrendo, all'apposizione dei sigilli (Cod. Proc. Civ. 752 e seguenti), nonostante qualsiasi dispensa.

9 Art. 428 Atti compiuti da persona incapace d'intendere o di volere - Gli atti compiuti da persona che, sebbene non interdetta, si provi essere stata per qualsiasi causa, anche transitoria, incapace d'intendere o di volere al momento in cui gli atti sono stati compiuti, possono essere annullati su istanza della persona medesima o dei suoi eredi o aventi causa, se ne risulta un grave pregiudizio all'autore (1425 e seguenti). L'annullamento dei contratti non può essere pronunciato se non quando, per il pregiudizio che sia derivato o possa derivare alla persona incapace d'intendere o di volere o per la qualità del contratto o altrimenti, risulta la malafede dell'altro contraente (1425). L'azione si prescrive nel termine di cinque anni dal giorno in cui l'atto o il contratto è stato compiuto (2953). Resta salva ogni diversa disposizione di legge (120, 591, 775,1195; att. 130).

**PROCEDURA PRESA IN CARICO DEL CITTADINO CON BISOGNO COMPLESSO E CON PATOLOGIE  
ATTRIBUIBILI SIA ALL'AREA NON PSICHAITRICA CHE ALL'AREA PSICHIATRICA**

**Procedura:**

**“Preso in Carico” del cittadino con bisogno complesso e con patologie attribuibili sia all'Area Non  
psichiatrica e sia dell'Area Psichiatrica**

(Rif. Nota N° 103086 del del 06.12.2016 inviata a tutti i Distretti Sanitari)

In data 15.01.2015 il Commissario Straordinario Asl-Na 3 sud adottò la delibera n. 19 ad oggetto “presa d’atto del documento Linea Guida ai percorsi sociosanitari”

Nella delibera di cui sopra sono identificate le procedure da adottarsi per la “presa in carico” del cittadino con bisogno complesso sociosanitario, definendo tutte le procedure per l’appropriatezza della “Preso in Carico” (chi fa cosa) attraverso i seguenti percorsi:

- A - Le P.U.A. (Porta Unica di Accesso) Aziendali per la gestione dell’Integrazione Sociosanitaria
- B - Prestazioni la cui richiesta comporta il ricorso all’U.V.I.
- C - La Domanda di Accesso alle Prestazioni Sociosanitarie
- D - La Segnalazione di Accesso alle Prestazioni Sociosanitarie effettuata Dal MAP/Pls
- E – Le funzioni dell’Ufficio Sociosanitario Distrettuale

Da più parti è stato richiesto di meglio chiarire la procedura allorquando trattasi di cittadino chiaramente con soli problemi psichici ovvero cittadino con problemi attribuibili all’area non psichiatrica ma concomitanti con documentati problemi psichiatrici.

Per i motivi di cui sopra la Direzione della UOC Coordinamento sociosanitario e la Direzione del Dipartimento Salute Mentale, concordano la procedura che si riporta.

**Procedura n. 1 - Cittadino con documentati ed esclusivi problemi psichici**

In questo caso si applica quanto previsto dalla delibera n. 19 del 15.01.2015 specificando che:

A - La segnalazione alla P.U.A. competente per l’età ovvero per la patologia è effettuata dal MAP ovvero dal Pls del cittadino, dallo stesso cittadino (o Tutore), dal segretariato sociale con indicazione del setting assistenziale richiesto (Cure Domiciliari, Centro Diurno. R.S.A. etc.).

B - La segnalazione è effettuata dallo specialista della UOSM competente per territorio con indicazione del setting assistenziale richiesto

C - Il responsabile della P.U.A./UOSM effettua una prima valutazione della richiesta e se ritenuta congrua con il percorso di presa in carico sociosanitario, comunica al Responsabile/Referente delle attività sociosanitarie la ricezione della richiesta e le proprie considerazioni in merito

D - Il Responsabile/Referente delle attività sociosanitarie riceve dalla UOSM/PUA la richiesta di accesso al percorso sociosanitario (Allegato 1) corredata delle scheda S.Va.M.A ovvero S.Va.M.Di da parte del M.A.P./Pls e di quella specialistica, da produrre in U.V.I. Il Resp. Ufficio Integrazione Sociosanitaria Distrettuale segnala il caso all’Ambito Sociale / Ente Locale e fa richiesta di SVAMA Sociale

E - Il Responsabile/Referente delle attività sociosanitarie convoca le seguenti professionalità per una riunione U.V.I. finalizzata all'adozione del P.A.I. la U.V.I.

- Cittadino o familiare o tutore
- MAP ovvero Pls del cittadino
- Specialista dalla UOSM competente per territorio
- Assistente sociale dell'Ambito sociale (Comune) di residenza del cittadino
- Eventuale Responsabile/referente della PUA distrettuale competente per l'età ovvero per la patologia e/o altro specialista richiesto dalla PUA/UOSM
- Altro specialista o soggetto avente diritto (ad esempio: in caso di rivalutazione può essere convocato in UVI specialista/responsabile sanitario/operatore della struttura in cui il paz. è ospitato).

La presenza di ognuno dei componenti UVI di cui sopra è essenziale per l'individuazione e la stesura del P.A.I. per il cittadino con problemi psichiatrici, purtuttavia:

- Il Direttore dell'UOSM di competenza territoriale del cittadino assicura la presenza dello specialista psichiatra, opportunamente delegato anche ai fini dell'impegno della spesa, per lo svolgimento dell'UVI, altrettanto garantisce il Direttore del DS nel caso di partecipazione di altre figure specialistiche alla commissione medesima
- In caso di assenza alla eventuale "seconda convocazione" dell'assistente sociale dell'Ente Locale si procede come da norma vigente riportata in delibera n. 19 del 15.01.2015.
- In seguito all'individuazione e alla stesura del P.A.I. il Responsabile/Referente delle attività sociosanitarie notifica formalmente le risultanze al Direttore della UOSM competente per territorio (nella stessa seduta ovvero successivamente via PEC)
- la UOSM competente per territorio si occuperà delle procedure consequenziali (rapporti con la famiglia, rapporti con il Centro Accreditato, verifiche dell'assistenza presso il Centro accreditato, congruità del budget attribuito al DSM per il setting assistenziale previsto dal P.A.I., rapporti con il MAP ovvero Pls, etc.)

In sede di rivalutazione e prima della data di scadenza del P.A.I. si osserva la medesima procedura sopra riportata per la conferma (o meno) della presa in carico:

<b>Procedura n. 2 - Cittadino con problemi complessi dell'area sociosanitaria Non psichiatrica in uno con problemi psichici (area psichiatrica) ove i primi risultino prevalenti.</b>
---

Anche in questo caso si applica quanto previsto dalla delibera n. 19 del 15.01.2015 specificando che:

A - La segnalazione alla P.U.A. competente per l'età ovvero per la patologia (Assistenza Anziani, Assistenza Riabilitativa ovvero Materno -Infantile) è effettuata dal MAP ovvero dal Pls del cittadino, dallo stesso cittadino (o chi civilmente obbligato), dal segretariato sociale, con indicazione del setting assistenziale richiesto (Cure Domiciliari, Centro Diurno. R.S.A. etc.).

B - La segnalazione è effettuata dallo specialista della UOSM competente per territorio per la valutazione del bisogno prevalente e la conseguente individuazione in sede di UVI del setting assistenziale più appropriato, ovvero dallo specialista distrettuale competente per l'età ovvero per la patologia (ad es. geriatra, neurologo, N.P.I. etc.)

C - Il responsabile della P.U.A. (Assistenza Anziani, Assistenza Riabilitativa ovvero Materno-Infantile) effettua una prima valutazione della richiesta e se ritenuta congrua con il percorso di presa in carico sociosanitario, comunica al Responsabile/Referente delle attività sociosanitarie la ricezione della richiesta e le proprie considerazioni in merito.

D - nel caso in cui la valutazione effettuata dalla P.U.A. di competenza (dallo specialista della PUA e/o dal responsabile della U.O. di competenza) non contempla il rilievo di un bisogno sociosanitario complesso ma è



rilevato ed argomentato un bisogno esclusivamente sanitario, il responsabile della P.U.A. di competenza comunica il caso alla U.O. competente per età o per patologia. Il cittadino è, quindi, preso in carico solo per prestazioni sanitarie.

E - nel caso in cui la valutazione effettuata dalla P.U.A. di competenza (dallo specialista della PUA e/o dal responsabile della U.O. di competenza) non contempla il rilievo di un bisogno sociosanitario complesso ma è rilevato ed argomentato un bisogno esclusivamente sociale, il responsabile della P.U.A. di competenza comunica il caso al Responsabile dell'Ambito Sociale di residenza del cittadino. Il cittadino è, quindi, preso in carico dal responsabile del proprio Ambito Sociali di residenza per le prestazioni sociali.

F - Il Responsabile/Referente delle attività sociosanitarie riceve dalla UOSM/PUA la richiesta di accesso al percorso sociosanitario (Allegato 1) corredata delle scheda S.Va.M.A ovvero S.Va.M.Di da parte del M.A.P./Pls e di quelle di entrambi gli specialisti (UOSM/UO Distrettuale), integrata, da parte dell'UOSM, della "Canberwell Assesment of Needs" da produrre in U.V.I. Il Resp. Ufficio Integrazione Sociosanitaria Distrettuale segnala il caso all'Ambito Sociale / Ente Locale e fa richiesta di SVAMA Sociale.

G - Il Responsabile/Referente delle attività sociosanitarie convoca le seguenti professionalità per una riunione U.V.I. finalizzata all'adozione del P.A.I. la U.V.I.

- Cittadino o familiare o tutore
- MAP ovvero Pls del cittadino
- Specialista del distretto competente per la specifica patologia
- Specialista dalla UOSM competente per territorio
- Assistente sociale dell'Ambito sociale (Comune) di residenza del cittadino
- Responsabile/referente della PUA distrettuale competente per l'età ovvero per la patologia
- Altro specialista o soggetto avente diritto

La presenza di ognuno dei componenti UVI di cui sopra è essenziale per l'individuazione e la stesura del P.A.I. per il cittadino con problemi psichiatrici.

Si specifica che:

1. Il Direttore dell'UOSM di competenza territoriale del cittadino assicura la presenza dello specialista psichiatra, opportunamente delegato anche ai fini dell'impegno della spesa, per lo svolgimento dell'UVI, altrettanto garantisce il Direttore del DS nel caso di partecipazione di altre figure specialistiche alla commissione medesima
2. In caso di assenza alla eventuale "seconda convocazione" dell'assistente sociale in rappresentanza dell'ente locale si procede come da norma vigente riportata in delibera n. 19 del 15.01.2015.
3. La stesura del P.A.I. deve necessariamente prevedere una collaborazione tra gli specialisti del distretto e lo specialista della UOSM dello stesso distretto.
4. In caso di problemi psichiatrici in uno con altre patologia non psichiatriche, l'allocazione in Centri Diurni, ovvero R.S.A. per Anziani o per Disabili il DSM, attraverso le sue articolazioni territorialmente competenti, garantirà l'assistenza di sua competenza.
5. In caso di problemi psichiatrici in uno con altre patologie non psichiatriche, l'allocazione in Centri Diurno ovvero R.S.A. per Anziani o per Disabili deve essere accompagnata da una dichiarazione dello specialista della UOSM del territorio e dello specialista del distretto (della UOAA, ovvero UOAR, ovvero UOMI) nella quale si assevera l'impegno di ciascuno di essi alla collaborazione istituzionale per una valutazione condivisa dello stato psico-fisico del cittadino assistito in Centro Diurno ovvero R.S.A.
6. È data facoltà allo specialista della UOSM e allo specialista del corrispondente distretto di condividere, al momento della stesura del P.A.I., le forme di collaborazione istituzionale ritenute appropriate per il singolo caso (ad esempio la programmazione condivisa di visite presso il centro accreditato e la eventuale riformulazione del setting assistenziale).
7. In sede U.V.I., al momento della stesura del P.A.I., deve essere prevista la possibilità ed individuata la procedura che permette al Legale Rappresentante della Struttura Accreditata pubblica ovvero privata di contattare gli specialisti estensori del P.A.I. (specialità della UOSM ovvero del Distretto) per segnalare ad essi eventuali peggioramenti in senso psichico ovvero fisico delle condizioni del cittadino assistito.
8. Il P.A.I. in cui non si rilevano, tra le altre, la firma dello specialista del UOSM e dallo specialista del distretto sanitario (UOAR, ovvero UOAA, ovvero UOMI) non è valido ai fini della presa in carico del cittadino.

9. Il P.A.I. non è valido, inoltre, se risulta privo della firma di accettazione del cittadino (o del civilmente obbligato)
10. In seguito all'individuazione e alla stesura del P.A.I. il Responsabile/Referente delle attività socio-sanitarie ha l'obbligo di notificare formalmente il verbale completo della U.V.I. (compreso il P.A.I.) a tutti i firmatari della stessa. Le modalità di notifica sono rese note ai presenti in sede U.V.I.
11. In sede di rivalutazione (da effettuarsi prima della data di scadenza del P.A.I.) si osserva la medesima procedura sopra riportata per la conferma (o meno) della presa in carico.

P.S.

C.d.V.

Dr. Manlio Grimaldi  
Direttore Dip. Salute Mentale

Dr. Salvatore D'Ambrosio  
Direttore UOC Coordinamento Socio-sanitario

<p style="text-align: center;"><b>PROCEDURA DIMISSIONI PROTETTE OSPEDALE – TERRITORIO PER ANZIANI CHE NECESSITANO DI PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE COMPLESSE</b></p>
---

Riferimento Delibera 347/28.12.2016

### **PROCEDURA**

**Dimissioni Protette per l'attivazione delle Cure Domiciliari a Pazienti Anziani (Età > 65 Anni)  
con inscindibili bisogni complessi sociosanitari**

**(P.G.01)**

### **INTRODUZIONE**

Il sistema locale dei servizi è destinato prioritariamente alle persone di ogni fascia di età che si trovano in condizioni di emarginazione e di isolamento sociale per povertà o per limitazioni all'autonomia personale. Tutto questo rende indispensabile l'articolazione di un percorso chiaro e condiviso tra istituzioni e cittadino per assicurare dimissioni protette dall'ospedale e accompagnate sul territorio, per una nuova rete di servizi nei singoli Distretti Sociosanitari e per interventi sempre più portati al domicilio del cittadino in difficoltà di natura sanitaria e socioassistenziale.

La procedura adottata si occupa dei pazienti anziani ricoverati in reparti dei P.O. in fase di dimissione, per i quali sia stato ipotizzato, sulla base degli elementi di valutazione socio-sanitaria evidenziati, la necessità di attivare percorsi di continuità assistenziale Ospedale-Territorio. La procedura ha lo scopo di garantire il miglior progetto assistenziale che la situazione comporta, prevedendo la dimissione protetta a domicilio o l'inserimento temporaneo presso strutture ritenute idonee alla tipologia della problematica socio-sanitaria del paziente.

### **Oggetto**

La presente procedura descrive le modalità e le responsabilità per la presa in carico del paziente anziano dall'Ospedale al Territorio assicurando la continuità assistenziale.

### **Caratteristiche e Scopo**

La presente procedura definisce modalità omogenee per l'attivazione della rete dei servizi sanitari e/o socio-assistenziali, quando applicabile.

La Dimissione Protetta per l'attivazione delle Cure Domiciliari a Pazienti Anziani (Età > 65 Anni) con bisogni inscindibili complessi sociosanitari garantisce la tempestiva elaborazione di un Progetto Assistenziale Provvisorio (P.A.P.) e del successivo Progetto Assistenziale Integrato (P.A.I.) contenente il progetto di continuità assistenziale condiviso ed integrato tra servizi ed istituzioni riducendo la permanenza del paziente

in ospedale, soprattutto in situazioni di fragilità e complessità sociale, e riducendo i re-ricoveri ed i ricoveri impropri.

La Dimissione Protetta deve assicurare:

La continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio, consentendo il miglior inserimento possibile in ambito domestico e familiare o nella struttura adeguata,

L'integrazione fra servizi territoriali (distretti sociosanitari, servizi sociali territoriali, strutture semiresidenziali e residenziali) e i servizi ospedalieri nel passaggio della presa in carico del paziente nei modi e tempi previsti.

### **Destinatari**

Pazienti anziani (=> 65 anni) con bisogno complesso sociosanitario che, concluso l'iter diagnostico curativo e terapeutico ospedaliero, hanno perso temporaneamente o stabilmente la loro autonomia e che richiedono interventi di carattere sanitario e/o sociale effettuabili a domicilio o nelle altre strutture territoriali.

### **Applicabilità**

La procedura viene applicata in tutti i distretti e nei Reparti dei Presidi Ospedalieri dell'Asl-Na 3 sud individuati dalle direzioni sanitarie.

### **Legislazione di riferimento in Regione Campania**

A livello distrettuale è utilizzato il Decreto Commissariale ad Acta (D.C.A.) n. 1 del 07.01.2013 ad oggetto: "Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di Cure Domiciliari della Regione Campania" e relativi allegati (All. 2)

### **Servizi e Divisioni Ospedaliere coinvolti**

- ✓ Reparti Ospedalieri della ASL-Na 3 sud di ortopedia, medicina Interna, chirurgia, **XXXXXXX**
- ✓ Distretti Sanitari Territoriali Asl Na 3 sud
- ✓ Responsabili attività sociosanitarie dei distretti (U.O. Attività territoriale - IPAS Sociosanitario)
- ✓ Medici Assistenza primaria
- ✓ Specialisti Ambulatoriali dei distretti
- ✓ Responsabili P.U.A. - UO Assistenza Anziani distrettuali
- ✓ Responsabile UOS Assistenza Anziani dei Servizi Centrali Direzione
- ✓ UOC Coordinamento sociosanitario
- ✓ Direzione UOC Fasce Deboli
- ✓ Ambiti territoriali Sociali del territorio ASL-Na 3 sud

### **Metodologia operativa (sintesi)**

I Responsabili Medici dei Reparti dei Presidi Ospedalieri ASL Na 3 sud (così come sopra individuati dalle direzioni sanitarie) richiedono, attraverso i rispettivi Capo Sala, ai Responsabili della P.U.A. Anziani l'attivazione della procedura "Dimissione Protetta".

Sarà cura dei distretti "prendere in carico" il cittadino anziano dimesso da una divisione ospedaliera e procedere alle "Cure Domiciliari" così come previste e regolamentate dal DCA n. 1/2013.

Il Responsabile della Porta Unica di Accesso (P.U.A.) Assistenza Anziani del distretto di residenza del cittadino, ricevuta la richiesta motivata di Dimissione Protetta, predispone un P.A.P. (Progetto assistenziale Provvisorio) entro 48 ore dalla richiesta, e successivamente un P.A.I. (Progetto Assistenziale Individualizzato) entro 30 giorni dall'attivazione del P.A.P.

L'attivazione del P.A.P. va segnalata ad horas al M.A.P. del cittadino.

Lo strumento proposto e da utilizzare per la richiesta di "Dimissione Protetta" da parte della Divisione Ospedaliera è la "Scheda di Segnalazione per Dimissione Protetta Cittadino Anziano (> 65 Anni) con Bisogno Complesso Sociosanitario - Richiesta Cure Domiciliari - Palliative", fruibile in formato elettronico e che si riporta in allegato 1 (All. 1.)

Lo strumento da utilizzare in sede distrettuale è la scheda S.Va.M.A. (Scheda Valutazione Multidimensionale Anziani)

## PROCEDURA

### 1. PREMESSA

Un progetto posto a fondamento del futuro sistema di protezione socio-sanitaria è relativo alla messa a punto di una procedura di presa in carico dei cittadini anziani ricoverati in ospedale e che vengono dimessi con necessità di completare il percorso di salute sia per l'aspetto terapeutico/riabilitativo che l'aspetto socio-assistenziale.

L'ASL NA 3 ha adottato le Linee Guida ai Percorsi Sociosanitari", ove vengono esplicitate le procedure per la presa in carico dei cittadini con bisogno complesso Sociosanitario. La procedura per la presa in carico in dimissione protetta del paziente anziano dall'ospedale prende a modello quanto riportato nella citate Linee Guida

### Modalità operative per la risposta ai bisogni.

#### A) L'Assistenza Domiciliare

1. Il Medico di Reparto, definita la eleggibilità clinica del paziente Anziano con inscindibili bisogni di natura sia sanitaria che sociale per l'Assistenza Domiciliare, ne informa il paziente e la famiglia e valuta la possibilità della stessa ad accogliere la persona a domicilio.
2. Non può essere attivata la procedura "Dimissione Protetta" senza il consenso informato del cittadino stesso o del Tutore (ove esistente).
3. in caso che le precedenti condizioni siano rispettate, il Medico di Reparto attiva il Capo Sala del Reparto.

Il Capo Sala del reparto contatta il referente della Porta Unica di Accesso (P.U.A.) Anziani del distretto sanitario della ASL-Na 3 sud di residenza del cittadino e con le seguenti modalità:

- a) in via ordinaria almeno 5 (cinque) giorni prima, ma non meno di tre giorni lavorativi prima della prevista dimissione del paziente Anziano con bisogni Sociosanitari;
  - b) la dimissione del paziente Anziano con bisogni sociosanitari non deve avvenire nella giornata del venerdì né in giorni festivi o prefestivi (salvo specifici casi concordati);
  - c) il contatto avverrà sia telefonicamente che via e-mail con il referente della Porta Unica di Accesso (P.U.A.) del distretto sanitario della ASL-Na 3 sud di residenza del cittadino
  - d) gli elenchi dei referenti delle P.U.A. Anziani e le rispettive e-mail (al 21.12.2016) sono forniti dalla Direzione della UOC Coordinamento Sociosanitario della ASL-Na 3 sud e sono allegati alla presente.
- e) Il Capo Sala invierà via e-mail (ovvero in via eccezionale tramite fax) la scheda di richiesta Dimissione Protetta (v. allegato 1) al Referente di Distretto per l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare.
  - f) il Capo Sala, nel giorno della Dimissione Protetta, fornisce al Paziente (o Familiare o Tutor) i farmaci e i presidi sanitari bastevoli per almeno 5 (cinque) giorni di terapia
  - g) Il Capo Sala informa tempestivamente il Referente della P.U.A. Anziani di distretto di eventuali cambiamenti rispetto alla data di dimissione comunicata.

- h) La richiesta di Dimissione Protetta con la Procedura di Presa in Carico in Cure Domiciliari redatta conformemente alla “Scheda di Segnalazione per Dimissione Protetta Cittadino Anziano (> 65 Anni) con Bisogno Complesso Sociosanitario - Richiesta Cure Domiciliari /Cure Palliative”, di cui all’allegato 1, deve essere inviata via e-mail dal Capo Sala ed è ricevuta dal Responsabile della Porta Unica di Accesso (U.O./P.U.A.) Assistenza Anziani.
- i) Il Responsabile della UO/P.U.A. Anziani del distretto che ha ricevuto la scheda di cui sopra (in all. 1) decide se trattasi di richiesta di prestazione sanitaria (bisogno semplice sanitario), prestazione sociale (bisogno semplice sociale) o sociosanitaria (bisogno complesso socio-sanitario). La decisione deve essere assunta avvalendosi della consulenza dello specialista ambulatoriale del proprio Distretto e dall’Assistente Sociale.
- j) Il Responsabile dell’UO/PUA Anziani formula la propria **proposta** di Progetto Assistenziale Provvisorio (P.A.P.) entro le 48 ore dalla ricezione della Scheda di Dimissione Protetta e predispone l’immediata attivazione di Cure Domiciliari secondo le richieste del Capo Sala del Presidio Ospedaliero e contenute nella “Scheda di Segnalazione per Dimissione Protetta Cittadino Anziano (> 65 Anni) con Bisogno Complesso Sociosanitario”.
- k) Il Responsabile dell’UO/PUA Anziani informa (via e-mail ovvero via fax) il Capo Sala del Presidio Ospedaliero in merito all’avvio della procedura di “presa in carico”.
- l) Eventuali chiarimenti sono formulati dal Responsabile dell’UO/PUA Anziani al Capo Sala del Presidio Ospedaliero della Asl-Na 3 sud, nelle 24 ore dalla ricezione della scheda di Dimissione Protetta.
- m) Il Responsabile dell’UO/PUA Anziani procede ad horas alla notifica via e-mail dell’avvio della procedura al Medico di Assistenza Primaria (M.A.P.) che ha in carico l’anziano in Dimissione Protetta e allega la stessa scheda di Dimissione Protetta pervenuta dal Presidio Ospedaliero con la e-mail e i numeri di telefono del reparto di dimissione Ospedaliera (Capo Sala).
- n) il Medico di Assistenza Primaria (M.A.P.) fornisce eventuali proprie valutazioni ed integrazioni motivate al P.A.P. individuato dalla PUA Anziani del Distretto
- o) Il Responsabile dell’UO/PUA Anziani procede ad inviare la richiesta di convocazione della U.V.I. al referente/responsabile delle attività Sociosanitarie del distretto.
- p) Il referente/responsabile delle attività Sociosanitarie del distretto provvede alla convocazione della U.V.I. (entro 30 giorni dall’adozione del P.A.P.) secondo la procedura stabilita dalla delibera ASL-Na 3 sud n.19/2015
- q) Il referente/responsabile delle attività Sociosanitarie del distretto vigila che in UVI si giunga alla formulazione del P.A.I. per le Cure Domiciliari, secondo la procedura individuata nella delibera n. 19 del 15 gennaio 2015, attraverso la convocazione del cittadino (o Tutore dello stesso), del M.A.P., dello specialista ambulatoriale competente per la patologia, dell’Assistente Sociale del Comune di residenza del cittadino anziano.
- r) Al referente/responsabile delle attività Sociosanitarie del distretto deve giungere preliminarmente alla convocazioni UVI, da parte della PUA scheda S.VA.MA. del M.A.P. e dello Specialista Ambulatoriale, dell’Assistente Sociale del Comune di residenza del cittadino anziano.
- s) Il referente/responsabile delle attività Sociosanitarie del distretto procede a informare il Capo Sala della Divisione Ospedaliera in merito alle risultanze della U.V.I. e il P.A.I.

## DESCRIZIONE ATTIVITÀ

### **Bisogni assistenziali applicabili alla presente procedura.**

#### **A - Bisogni sanitari**

Dal punto di vista dei bisogni sanitari si distinguono le seguenti tipologie assistenziali.

#### **A) Assistenza domiciliare:**

**A1 - Cure Domiciliari** (ex ADI - Assistenza Domiciliare Integrata) come da Decreto Commissariale n. 1 del 07.01.2013 ad oggetto: Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania".

Hanno priorità d'accesso in Cure Domiciliari pazienti anziani con bisogno complesso con una o più delle seguenti patologie:

- Cronico degenerative;
- Acute temporaneamente invalidanti;
- Patologie che richiedono nutrizione artificiale;
- Patologie oncologiche in fase avanzata.

Si specifica che a livello distrettuale saranno seguite le seguenti priorità a soggetti anziani con bisogno complesso sociosanitario:

- Esiti di episodi cerebrovascolari acuti;
- Fratture ed esiti di altri interventi ortopedici; Esiti di patologie di competenza chirurgica;
- Trattamenti in Nutrizione Artificiale (vedi specifica procedura, NAD). Lesioni cutanee
- Terapia palliativa;

#### **A2- Assistenza Domiciliare Infermieristica:**

Assistenza Infermieristica rivolta a pazienti temporaneamente o stabilmente non autosufficienti con patologie di media gravità che necessitano di prestazioni infermieristiche occasionali o periodiche come previsto nel P.A.P. redatto a 24 ore dalla Dimissione.

Il numero di accessi infermieristici deve conformarsi a quanto previsto dal Decreto Commissariale n. 1 del 07.01.2013 ad oggetto: Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania" **(v. all. 4)**

#### **B - Bisogni socio assistenziali B1 - Assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale**

L'assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale comprende interventi socio-assistenziali in senso stretto, di competenza istituzionale e finanziaria dell'Ente Locale, di natura assistenziale non collegati a condizioni patologiche e prepatologiche a rischio di alterazione permanente sia fisica che psichica. Comprendono per esempio: fornitura pasti, aiuto domestico, trasporto, sostegno sociale e risocializzazione.

Sono interventi erogati dai Comuni secondo le normative previste dagli stessi singoli Comuni.

## **B2 - Altre strutture della rete dei servizi socio-assistenziali, quando presenti e/o attivabili. \***

Centro Diurno

Case di Riposo/Centro Servizi/Centro  
Residenziali Casa Famiglia

Comunità di Tipo  
Familiare Gruppo  
Appartamento

Case Albergo/Mini Alloggi  
Comunità Alloggio

Case per Anziani Autosufficienti

Case per Anziani Non Autosufficienti

\* (con partecipazione di spesa da parte dell'assistito)

Queste tipologie di assistenza vanno richieste direttamente all'Ambito Sociale del cittadino anziano in Dimissione Protetta con richiesta di servizi socio-assistenziali.

### **LE RESPONSABILITÀ**

#### **1 - Medico di Reparto**

##### **A) Attivazione dell'Assistenza Domiciliare**

- Il Medico di Reparto definisce la eleggibilità clinica del paziente per l'Assistenza Domiciliare nelle forme indicate al **cap.4.4.1 A**, ne informa il paziente e la famiglia e valuta la possibilità della stessa ad accogliere il paziente a domicilio. In caso positivo, attiva il/la propria Capo Sala per le procedure successive precedentemente individuate.

#### **2 - Caposala**

##### **Attivazione dell'Assistenza Domiciliare.**

- In caso di eleggibilità del paziente all'assistenza a domicilio, nelle forme previste dalla presente procedura, il Caposala con il Medico di reparto completa la scheda di dimissione protetta (allegato1) e la inoltra al distretto via e-mail (ovvero in via eccezionale fax).

- Il Caposala informa tempestivamente il Referente U.O./PUA Assistenza Anziani di Distretto di eventuali cambiamenti rispetto alla data di dimissione comunicata.

- il Capo Sala, nel giorno della Dimissione Protetta, fornisce al Paziente (o Familiare o Tutor) i farmaci e i presidi sanitari bastevoli per almeno 5 (cinque) giorni di terapia

#### **3 - Assistente Sociale dell'Ospedale (ove prevista)**

**Attivazione delle altre strutture della rete dei servizi sanitari e/o socio assistenziali.**



L'assistente Sociale, attivata dal Medico di Reparto, per una situazione caratterizzata da:

- Temporanea o permanente impossibilità della famiglia ad accogliere a domicilio il paziente o in assenza di familiari di riferimento
- In una situazione caratterizzata da bisogni di tipo socio-assistenziale, insieme ai familiari (se individuabili) e al paziente valuta la situazione di quest'ultimo in rapporto all'offerta di servizi socio-assistenziali e/o sanitari del territorio. Compila il modulo "Richiesta di valutazione multidimensionale per l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari territoriali della e l'invia al Distretto, valutazione sociale.

#### **4 - Medico di Medicina Generale**

- È attivato dal responsabile UO/PUA Assistenza Anziani del Distretto
- Riceve dal Referente P.U.A. Anziani la richiesta della procedura di Dimissione Protetta pervenuta dal/dalla Capo Sala del presidio ospedaliero.
- Prende atto del P.A.P. (piano assistenziale Provvisorio) e ha facoltà di proporre integrazioni o modifiche.
- Effettua la prima visita a domicilio dell'Anziano.
- Compila la S.Va.M.A. su richiesta del Resp. UO/PUA Assistenza Anziani del distretto (ove si sia concordato l'intervento di Cure Domiciliari di 1° ovvero 2° ovvero 3° livello)
- Verifica con il Referente di Distretto le modalità di attivazione della rete dei servizi per il proprio paziente.
- Partecipa alla Unita Valutativa Integrata (U.V.I.) per l'attivazione della Rete dei Servizi ove viene predisposto il Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.) e ne è responsabile per la parte di competenza.

#### **5 - Responsabile P.U.A. (Porta Unica Accesso) Assistenza Anziani del distretto**

- Decide se trattasi di richiesta di prestazione sanitaria (bisogno semplice sanitario), prestazione sociale (bisogno semplice sociale) o sociosanitaria (bisogno complesso socio-sanitario). La decisione deve essere assunta avvalendosi della consulenza dello specialista ambulatoriale del proprio Distretto.
- Entro le 48 ore dalla ricezione della Scheda di Dimissione Protetta, formula la propria **proposta** di Progetto Assistenziale Provvisorio (P.A.P.) in collaborazione con lo specialista ambulatoriale di competenza.
- Predisporre l'immediata attivazione di Cure Domiciliari secondo le richieste della Capo Sala del Presidio Ospedaliero e contenute nella "Scheda di Segnalazione per Dimissione Protetta Cittadino Anziano (> 65 Anni) con Bisogno Complesso Sociosanitario"
- Informa (via e-mail ovvero via fax) il Capo Sala del Presidio Ospedaliero che ha inviato la richiesta.
- Entro le 24 ore dalla ricezione della scheda di Dimissione Protetta formula gli eventuali chiarimenti al Capo Sala del Presidio Ospedaliero della Asl-Na 3 sud.
- Procede ad horas alla notifica via e-mail dell'avvio della procedura al Medico di Assistenza Primaria (M.A.P.) che ha in carico l'anziano in Dimissione Protetta, allegando la stessa scheda di Dimissione Protetta pervenuta dal Presidio Ospedaliero con la e-mail e i numeri di telefono del reparto di dimissione Ospedaliera (Capo Sala).
- Procede ad inviare la richiesta di convocazione della U.V.I. al referente/responsabile delle attività Sociosanitarie del distretto.

## **6 - Specialista Ambulatoriale del distretto, competente per la patologia**

- Decide se trattasi di richiesta di prestazione sanitaria (bisogno semplice sanitario), prestazione sociale (bisogno semplice sociale) o sociosanitaria (bisogno complesso socio-sanitario). La decisione deve essere assunta in collaborazione con il Responsabile P.U.A. (Porta Unica Accesso) Assistenza Anziani del proprio Distretto.
- Entro le 48 ore dalla ricezione della Scheda di Dimissione Protetta, formula la propria **proposta** di Progetto Assistenziale Provvisorio (P.A.P.) in collaborazione con il Responsabile P.U.A. (Porta Unica Accesso) Assistenza Anziani del proprio Distretto.
- Verifica che l'attivazione di Cure Domiciliari sia conforme ed appropriata (secondo le richieste della Capo Sala del Presidio Ospedaliero) e alla luce di eventuali ulteriori interventi da egli stesso proposti.
- Su richiesta del Resp. UO/PUA Assistenza Anziani del Distretto compila la Scheda S.Va.M.A. di propria competenza (Scheda B - Valutazione cognitiva e funzionale in DGRC n. 323 del 03.07.2012)

## **7 - Referente per le Attività Sociosanitarie del Distretto**

- Riceve la segnalazione della richiesta di Dimissione Protetta dal Responsabile P.U.A. (Porta Unica Accesso) Assistenza Anziani del distretto
- Convoca la U.V.I. (unità Valutazione Integrata) secondo le norme previste in Delibera Asl-Na 3 n. 19 del 15.01.2015.
- Adotta il P.A.I. (Progetto Assistenziale Individualizzato) entro 30 giorni dall'attivazione del P.A.P. (Progetto Assistenziale Provvisorio)
- Coordina l'équipe dell'Unità Valutativa Integrata(U.V.I) ai fini di:
  - Valutazione del caso
  - Predisposizione ed attuazione del piano assistenziale individuale
  - Attuazione delle verifiche programmate
  - Individuazione delle responsabilità
- Informa tempestivamente il Medico di Reparto di eventuali cambiamenti nella data di presa in carico.

## **8 - Assistente Sociale del Comune**

L'Assistente Sociale del Comune si attiva per le parti di competenza che concorrono ad assicurare la presa in carico e risposte secondo le normative vigenti.

## **9 - Direttore di Distretto**

Il Direttore di Distretto governa e verifica l'appropriata attivazione del percorso Dimissione protetta per la parte territoriale di propria competenza.

In tale sede attualizza la filiera dei servizi e relativa carta dei servizi con opportuno intervento di monitoraggio e puntuale comunicazione ai soggetti coinvolti nella presente procedura.

## Strumenti da utilizzare

A - Scheda di dimissione protetta (vedi allegato 1) compilata dal Medico di reparto e dalla Caposala e trasmessa (via e-mail ovvero via fax) al Distretto.

Le Direzioni sanitarie dei Presidi Ospedalieri della ASL-Na 3 sud faranno pervenire ai Reparti interessati (Capo Sala) copia del D.C.A. n. 1 del 07.01.2013 che sarà fornito loro dalla Direzione della UOC Coordinamento sociosanitario.

La Direzione del Coordinamento Sociosanitario, in uno con le singole Direzioni di Presidio Ospedaliero, è impegnata nella formazione front line di Medici di Reparto e di Capo Sala (segnalati dal direttore sanitario del Presidio ospedaliero) di ciascun Presidio ospedaliero in merito all'impiego del DCA n. 1 del 07.01.2013 (Cure Domiciliari) e delle relative schede ad esso allegate.

In allegato vengono riportati i nominativi dei Referenti di Distretto o loro delegati con orario di reperibilità, numero di telefono e di fax.

La procedura sarà implementata da 01.01.2017 in almeno n. 2 (due) reparti per ogni Presidio Ospedaliero e sarà monitorata ogni 3 (tre) mesi per la durata di un anno.

Il monitoraggio prevede la stesura di relazioni e report di attività a cadenza trimestrale. Queste relazioni e report devono contenere le notizie in merito al numero di Dimissioni Protette per l'attivazione delle Cure Domiciliari a Pazienti Anziani (Età > 65 Anni) con bisogni complessi sociosanitari.

Dal 01.01.2018 la procedura sarà implementata in altri reparti dei Presidi Ospedalieri

## VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ

Si utilizzano i seguenti indicatori:

Sono stati adottati i seguenti indicatori per il monitoraggio della corretta applicazione della procedura:

A - Indicatori di attività:

- Il numero di pazienti anziani con bisogno complesso sociosanitario ammessi in Cure Domiciliari da dimissione protetta rispetto a quelli proposti.
- Il numero di valutazioni con relativo P.A.P. (Piano Assistenziale Provvisorio) fatte entro 48 ore dalla richiesta sul totale delle richieste di dimissioni protette. Il numero di dimissioni protette attivate per mese e anno
- Il numero di Cure Domiciliari attuate su richiesta di "Dimissione Protetta" ed effettuate ad Anziani con bisogno complesso sociosanitario per mese e anno.
- Il numero di richieste improprie di Cure Domiciliari attuate su richiesta di "Dimissione Protetta" e tempi medi di riscontro.
- Numero di re-ricoveri entro tre mesi dalle dimissioni di Anziani con bisogno complesso sociosanitario in Cure Domiciliari iniziate su richiesta di "Dimissione Protetta
- Segnalazioni appropriate e corrette per il 95% dei casi

## B - Indicatori di qualità del "Percorso Dimissione Protetta"

Ai fini del corretto funzionamento del protocollo operativo, nell'ambito del modello da noi proposto, si possono identificare una **serie di indicatori** che sono di importanza "strategica" sia come esito e verifica delle varie fasi del percorso sia come espressione e garanzia di qualità. Questi indicatori, misurabili, si potrebbero così schematizzare:

### 1) Corretta identificazione dei casi da avviare al percorso "dimissione protetta":

Usò adeguato degli strumenti di valutazione dei rischi a livello delle unità operative ospedaliere;

Corretta azione di “filtro “a livello ospedaliero;

**2) Tempi di risposta nell'organizzazione della visita:**

- L'assistenza sanitaria deve intervenire entro 48 ore (due giorni) dall'invio della scheda di segnalazione;
- La visita domiciliare del Medico Assistenza primaria deve avvenire nello stesso giorno della Dimissione Protetta

**3) Numero segnalazioni nell'anno sul totale dei ricoveri/accessi;**

**4) Diminuzione dei tempi di degenza ospedalieri;**

**5) Diminuzione degli accessi ripetuti** (con verifica delle cause degli accessi ripetuti, ad es. autoinduzione da parte del reparto, mancata compliance del paziente, limiti del caregiver, storia naturale della malattia);

**6) Indice di occupazione della Lungodegenza vicino al 100%;**

**7) Numero schede di accesso del MMG compilate;**

**8) Tipo di dimissione:** a) sanitaria b) socio-sanitaria (UVG) c) sociale d) sociale + sanitaria

PER GLI ALLEGATI VEDERE LA DELIBERA

347/28.12.2016

**ATTESTAZIONE DI PARTECIPAZIONE ALL'UVI**

Prot ..... del .....



DISTRETTO SANITARIO N° .....

Al dr. ....

Al Dirigente Ufficio Eco omato.....

Si attesta che il dr./ dr.ssa .....

In qualità di .....

Il giorno ..... dalle ore ..... alle ore .....

Presso la sede di .....

È stato/a presente alla riunione UVI

In particolare si attesta che il dr. /dr.ssa sopra emarginato/a

Ha compilato:

- |   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> scheda SVAMA / SVAMADI | <input type="checkbox"/> 1° stesura | <input type="checkbox"/> rivalutazione |
| <input type="checkbox"/> PAI                    | <input type="checkbox"/> 1° stesura | <input type="checkbox"/> rivalutazione |
| <input type="checkbox"/> PAI                    | <input type="checkbox"/> 1° stesura | <input type="checkbox"/> rivalutazione |

Il presente attestato ha valenza giuridica per l'eventuale erogazione di compensi (se dovuti)

Il Dirigente Ufficio Integrazione Sociosanitaria

Dr. ....

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO**

**AMBITO SOCIALE TERRITORIALE N.....**

**DISTRETTO SANITARIO N° .....**

**UFFICIO SOCIO SANITARIO INTEGRATO**

Al MAP/PLS dr./dr.ssa.....

- Al Direttore Sanitario Ente accreditato .....
- Al Dirigente Ufficio Sociale del Comune di .....
- Al Legale Rappresentante Ente Cogestore .....
- Alla Ditta contrattualizzata per prestazioni Domiciliari .....
- Al Sig. /sig.ra / tutore .....

**AUTORIZZAZIONE ALL'ATTIVAZIONE / PROSIEGUO PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE**

Vista la normativa vigente

Vista il Progetto Assistenziale Individuale elaborato nella UVI del giorno .....

**SI AUTORIZZA**

L'utente Sig. / sig.ra .....

Nato/a a ..... Il ..... Cod. Fisc. ....

Residente nel Comune di .....

Al trattamento

Al prosieguo del trattamento

**Per :**

- |   |  |                                       |  |
|---|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> RSA anziani      | <input type="checkbox"/> medio livello | <input type="checkbox"/> Alto livello | <input type="checkbox"/> Alzheimer                           |
| <input type="checkbox"/> RSA Disabili     | <input type="checkbox"/> medio livello | <input type="checkbox"/> Alto livello |  |
| <input type="checkbox"/> Centro Diurno    | <input type="checkbox"/> Anziani       | <input type="checkbox"/> Disabili     |  |
| <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari | <input type="checkbox"/> I° Livello    | <input type="checkbox"/> Basso        | <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto |
|   | <input type="checkbox"/> II° Livello   | <input type="checkbox"/> Basso        | <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto |
|   | <input type="checkbox"/> III° Livello  | <input type="checkbox"/> Basso        | <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto |

PTRI

A decorrere dal .....

Periodo previsto .....

Struttura/Ente/Cooperativa individuata

.....

Retta giornaliera totale € .....

Quota Sanitaria € .....

Quota Sociale € .....

Quota Utente € .....

DATA .....

Il Dirigente Ufficio di Piano  
(o suo delegato)

.....

Il Dirigente Distretto Sanitario  
(o suo delegato)

.....

### Note sulla residenza storica e sui ricoveri in RSA extra ASL

- 1) in caso di mancato trasferimento di domicilio sanitario del paziente, la UVI rimane di competenza del Distretto di provenienza con l'opportunità di richiedere la documentazione necessaria per rogatoria al Distretto in cui insiste la struttura.
- 2) in caso in cui il paziente che ha trasferito la sua residenza in uno dei comuni di competenza del Distretto in cui insiste la struttura, la competenza è del Distretto Sanitario medesimo.
  - In questo caso potrebbe palesarsi la difficoltà di far pervenire alla UVI l'assistente sociale del Comune di residenza storica e la sua assenza può far decadere la validità non solo formale ma, sostanziale dell'UVI che svolge la sua funzione formulando una diagnosi sociosanitaria integrata e un relativo PAI condiviso.
  - Pertanto quando è il Distretto Sanitario in cui insiste la struttura e nel cui territorio è attiva la residenza del paziente a svolgere la UVI, dovrà essere cura del Resp. Sociosanitario avvertire per tempo (prima della convocazione UVI) il Comune di residenza storica dei Cittadini chiarendo che in caso di mancata comunicazione in merito, le UVI in seconda convocazione decreteranno la tipologia di assistenza e il PAI e la suddivisione delle spese per compartecipazione.
  - In detta comunicazione si deve richiedere se il Cittadino usufruisce di altre prestazioni sociali (contributi, altra tipologia di assistenza, ecc.) e se nel frattempo il Comune / Ambito ha attivato altre tipologie di assistenza che potrebbero risultare più appropriate.
  - In questo modo si dà possibilità ai Comuni di essere parte attiva e consapevole dell'assistenza fornita ai propri Cittadini e non solo essere oggetti passivi di una comunicazione ad UVI avvenuta.
- 3) Nei i casi in cui la residenza sia la stessa struttura in cui è ricoverato il paziente, il Distretto Sanitario competente per l'UVI è quello che per la prima volta ha attivato il ricovero. Tale valutazione nasce dalla necessità di non sovraccaricare di UVI il Distretto in cui è ubicata la struttura a vantaggio di Distretti attigui o rientranti nel territorio aziendale sprovvisti di strutture.

**Le RSA per definizione sono setting assistenziali temporanei e, quindi, salvo casi eccezionali e particolari, debitamente motivati, la residenza non può mai coincidere con quella della struttura RSA. L'individuazione della residenza presso una RSA contrasta con il principio della cura/riabilitazione/sostegno verso cui ogni setting assistenziale dovrebbe essere orientato, favorendo indirettamente l'istituzionalizzazione.**

**Nel caso il Cittadino abbia un tutore, la residenza è quella del tutore.**
- 4) Nel verbale UVI va riportato il Comune e il Distretto che ha effettuato il primo ricovero, notizia che, nel corso degli anni potrebbe non sempre essere facilmente individuabile.
- 5) Per quanto attiene alla compartecipazione dei Comuni rimane ferma la competenza del Comune in cui era residente il Cittadino all'atto del 1° ricovero.
- 6) Una nuova residenza storica avviene nel caso in cui il Cittadino sia uscito dalla struttura (ovvero abbia completato il percorso sociosanitario) per oltre 6 mesi e nel frattempo abbia stabilito residenza in altro comune. In questo caso il nuovo Comune è quello individuato come residenza storica nell'eventualità il Cittadino faccia nuova richiesta di assistenza sociosanitaria.
- 7) Come nel caso dei Distretti Sanitari, che possono richiedere consulenze e schede SVaMa/SVaMADi per rogatoria, anche i Comuni / Ambiti possono richiedere al Servizio Sociale in cui insiste la struttura consulenze per rogatoria pur rimanendo invariata la propria responsabilità rispetto all'ISEE, alla compartecipazione, a eventuali modifiche economiche/sociali del Cittadino o del suo nucleo familiare. La richiesta di rogatoria vale per tutti i Comuni italiani (la rogatoria può essere richiesta al Servizio Sociale del Comune o all'Assistente Sociale della struttura, che in quanto "accreditata", ha le stesse funzioni / responsabilità di quella pubblica).



## Normativa

- D.lvo 229/99 e i successivi atti di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie;
- L. n° 328/00 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- DPCM 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie”;
- DPCM 29 novembre 2001 all. 1C “Definizione dei livelli di assistenza sanitaria e socio sanitaria”;
- Decr. del C.A. n° 6 del 04.02.10 “Determinazione delle prestazioni erogate da residenze sanitarie assistite e centri diurni ai sensi della L.R. n° 8/2203”
- Decr. del C.A. n° 49 del 27.09.10 parte seconda “Riorganizzazione della rete dell’assistenza territoriale (...) – adozione di linee guida in materia di compartecipazione socio sanitaria.”;
- Piano Sanitario Regionale della Campania periodo 2011/2013 Decr. n° 22 del 22 marzo 2011, che ha definito e confermato, tra l’altro, i percorsi socio sanitari e le rispettive competenze e responsabilità aziendali”;
- DGRC n° 790 del 21.12.12 “Recepimento delle linee operative per l’accesso unitario ai servizi socio sanitari – PUA”;
- Consiglio di Stato, sez. V 11.12.2207, n° 6386 *“A norma di quanto dispone la L. 328/00 per i soggetti che per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali, il Comune nel quale essi hanno la residenza prima del ricovero, previamente informato, è tenuto ad assumere gli obblighi connessi all’eventuale integrazione economica; la norma, infatti, individua la residenza precedente al ricovero quale elemento oggettivo di collegamento necessario e sufficiente per individuare l’Ente Locale tenuto a farsi carico delle prestazioni di bisogno del degente” - “Ai fini dell’individuazione dell’Amministrazione Comunale tenuta agli obblighi connessi all’integrazione economica di soggetti necessitanti di ricoveri stabili in strutture residenziali, laddove la necessità di integrazione sia sorta non al momento del ricovero ma solo successivamente, le disposizioni di cui alla L. 328/00 non dispongano espressamente alcunché. Tuttavia, non si può ritenere che, in tal caso, occorra riferirsi al momento in cui si è verificata l’indigenza e quindi al Comune dove ha la residenza il degente al momento in cui si verifica la necessità dell’integrazione. Posto, infatti, che i ricoverati lungodegenti trasferiscono necessariamente la loro residenza nel luogo della residenza assistita, tale interpretazione frustrerebbe la finalità della norma che è quella di evitare di addebitare l’onere della retta dell’indigente al Comune in cui si trova la residenza assistita. Al fine di tale individuazione, quindi, occorre far riferimento al comune di residenza dell’assistito prima del suo ricovero; è la norma stessa, infatti, ad individuare chiaramente il Comune competente all’integrazione facendo riferimento al momento della residenza prima del ricovero con la conseguenza che si salvaguarda anche l’eventualità che tale integrazione, nel senso che la stessa è dovuta fin dal momento del ricovero o, in via eventuale, dal momento in cui si verifica la necessità di tale integrazione”.*

## Normativa Aziendale:

- Del. n° 498/09 “Piano attività Leasociosan”
- Del. n° 342/10 “Costituzioni UVI – percorso socio sanitario distrettuale”
- Del. n° 332/11 – Decr. n° 41/11 “Linee di indirizzo e profili standard cure domiciliari”
- Del. n° 692/11 – Decr. C.A. n° 6/10 “Procedure e regolamentazione sulla compartecipazione”
- Del. n° 219 del 30 aprile 2013 “presa d’atto del documento Linee Guida ai percorsi socio sanitari Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud”
- Del. n° 911 del 22.dicembre.2014

## PROCEDURA RICOVERI IN RSA CD EXTRA ASL

## PROCEDURA RICOVERI SOCIOSANITARI IN RSA FUORI ASL

Premesso che, nelle Linee Guida allegate alla L.R. n° 8 del 22 aprile 2003 vengono declinati al punto 2.3 i criteri di riferimento per le ammissioni in RSA: "Compatibilmente con la disponibilità e distribuzione di posti-residenza sul territorio regionale, le strutture residenziali, a parità di gravità ed urgenza e tenendo conto della libera scelta del cittadino e delle migliori possibilità di salvaguardare le sue relazioni sociali, ospitano nell'ordine:

- persone residenti nello stesso comune o circoscrizione,
- persone residenti nel distretto e ambito territoriale, in cui è ubicata la struttura;
- persone residenti altri ambiti o distretti dell.A.S.L. di appartenenza;
- persone residenti in A.S.L. diverse";

Per tutti i Cittadini residenti nell'ambito della ASL Na 3 Sud, in cui l'UVI, per motivi diversi, ha valutato il ricovero in RSA fuori ASL / fuori Regione, le stesse devono acquisire agli atti, con nota scritta da parte delle RSA insistenti sul nostro territorio, l'impossibilità delle strutture ad erogare la prestazione richiesta dal Piano Assistenziale Individuale redatto dalla UVI, per:

- Lista d'attesa con tempi eccessivamente lunghi in riscontro alla urgenza del caso;
- Non idoneità per la peculiare patologia dell'Assistito ad erogare appropriato trattamento;
- Come specificato nella procedura di Accesso alle Prestazioni Sociosanitarie concordata con tutti i Distretti (già approvata in sede di Commissione ex art. 23 con i M.A.P./PIs) "è facoltà del Direttore del Distretto (o suo delegato) convocare in UVI il Direttore Sanitario della struttura o suo delegato".

Stessa procedura deve essere acquisita nel caso di rivalutazioni di pazienti già ricoverati in strutture extra ASL Na 3 Sud.

- Nell'eventualità che una delle strutture della ASL Na 3 Sud dia il nulla osta al ricovero, tale opportunità deve essere comunicata al paziente / familiare / tutore;
- Il paziente / familiare / tutore ha la facoltà di decidere la struttura in cui ricevere la prestazione elaborata nel PAI dalla equipe della UVI e nel caso decida per struttura extra ASL Na 3 Sud, tale scelta deve essere messa a verbale;
- L'equipe della UVI, in caso di rinnovo, di trattamento in RSA in struttura extra ASL Na 3 Sud, deve adeguatamente motivare la tale valutazione;
- Come specificato nella procedura di Accesso alle Prestazioni Sociosanitarie concordata con tutti i Distretti (già approvata in sede di Commissione ex art. 23 con i M.A.P./PIs) "è facoltà del Direttore del Distretto (o suo delegato) convocare in UVI il Direttore Sanitario della struttura o suo delegato".

Il Resp. Integrazione Sociosanitaria distrettuale inoltrata la comunicazione e allegato PAI ai Direttori Sanitari delle strutture RSA intra Asl Na 3 Sud (se non già presenti in UVI), deve ricevere nota scritta entro 5 gg. di nulla osta / diniego motivato.

Il Direttore Sanitario del Distretto, accolto il verbale della UVI dove si individua RSA extra Asl Na 3 Sud, deve comunicare all'UOC Coordinamento Sociosanitario per le determinazioni conseguenziali,

- 1) Sintesi del verbale UVI con l'attestazione di aver espletato tutte le procedure per accogliere il paziente in struttura intra Asl Na 3 sud;
- 2) Data di ricovero in RSA extra ASL / extra Regione;
- 3) Data di rivalutazione del PAI;
- 4) Tariffa giornaliera applicata e suddivisione della stessa in quota ASL / Comune / Cittadino (come da verbale UVI)
- 5) Caratteristiche della struttura extra ASL / extra Regionale che deve essere autorizzata all'esercizio e accreditata con il SSN per le prestazioni sociosanitarie residenziali / semiresidenziali.

### NOTE SULLA DELEGA ALLA FIRMA IN SEDE UVI

Il verbale UVI e il PAI sono "atti" che qualificano un fatto conferendogli rilevanza nei confronti di terzi, ivi compreso il soggetto interessato, produttivi di effetti nella sua sfera giuridica e fanno fede fino a prova contraria.

#### **Amministratore di sostegno**

Al fine di proteggere le persone prive in tutto o in parte, di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, è stato introdotto, nel nostro ordinamento, l'istituto dell'Amministratore di Sostegno. Esso ha la funzione di affiancare il soggetto privo in tutto o in parte di autonomia, con la minore limitazione possibile della capacità di agire. La figura è stata introdotta con la legge 9 gennaio 2004 n. 6.

Di tale figura se ne può beneficiare una persona che a causa di un'infermità o per una menomazione fisica o psichica si trova nell'impossibilità, anche parziale o temporale, di provvedere ai propri interessi. Tale menomazione non deve essere talmente grave da essere interdetto o inabilitato. Alcuni esempi di soggetti a cui può riferirsi l'applicazione di tale istituto sono: soggetti disabili; alcolisti; tossico-dipendenti; soggetti colpiti da ictus cerebrale ed altre patologie limitanti la consapevolezza. Scopo della legge è quello di coadiuvare tali persone mediante un amministratore che dia loro sostegno al fine di affrontare problemi concreti come: acquistare, vendere, affittare un appartamento o investire somme di denaro, aderire ad un progetto di cura;

L'amministratore di sostegno è nominato dal giudice con decreto; il decreto deve indicare l'atto per il quale è richiesta l'assistenza dell'amministratore.

#### **Interdizione**

L'interdizione normata all'art. 414 del c.c. è il procedimento attraverso cui si limita, di regola in maniera totale la capacità di agire di coloro i quali si trovano in condizioni di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi. Lo stato d'infermità deve essere abituale, deve trattarsi, cioè, di una malattia che si manifesta in maniera costante, e non occasionale; non è necessario, invece, che la malattia sia continua; di conseguenza anche dei periodi di lucido intervallo non impediranno la concessione del provvedimento.

Per l'interdizione è necessaria una sentenza del Tribunale con la nomina di un tutore

#### **Inabilità**

Può essere inabile il maggiore di età infermo di mente, lo stato del quale non è talmente grave da far luogo all'interdizione, Possono anche essere inabilitati coloro che, per prodigalità o per abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti, espongono sé o la loro famiglia a gravi pregiudizi economici. Possono infine essere inabilitati il sordo e il cieco dalla nascita o dalla prima infanzia, se non hanno ricevuto un'educazione sufficiente.

Come per l'interdizione l'inabilità, anche temporanea, deve essere disposta dal Tribunale che deve nominare un tutore o curatore.

#### **Minori**

La patria potestà è esercitata da entrambi i genitori. Nel caso fra i genitori sussiste un procedimento di separazione o una sentenza di divorzio è necessario conoscere se l'affido del/dei figli minori sia congiunto/condiviso/esclusivo ad uno dei due genitori. Nel caso vi sia un affido congiunto o condiviso per qualsiasi decisione di "maggiore interesse" relativa alla salute dei minori è necessario assumere la firma di entrambi i genitori salvo diversa decisione del giudice.

**TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE**

Deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO

\_\_\_\_\_

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA** 24.05.2018 **A:**

x	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE		U.O.C. ASS.ZA CONSULT. MED. DI GENERE	
x	DIRETTORE AMM. AZIENDALE		U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	
x	COLLEGIO SINDACALE		U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
	U.O.C. GABINETTO		U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE		U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
	U.O.C. AFFARI GENERALI		U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	DISTRETTO N. 53
	U.O.C. AFFARI LEGALI		U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.		U.O.S. ISPETTIVA AMM.VA	DISTRETTO N. 55
	U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE		U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA	DISTRETTO N. 56
	U.O.C. ASSISTENZA OSPEDALIERA		SERV. COORD.TO COMIT.ETICO CAMP. SUD	DISTRETTO N. 57
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A		COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B		COORD. TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
	U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA	x	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	OO.RR. AREA NOLANA
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA		DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	OO.RR. AREA STABIESE
	U.O.C. FASCE DEBOLI		DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
	U.O.C. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN		DISTRETTO N. 34	U.O.S.D. A.L.P.I.
	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE		DISTRETTO N. 48	
	U.O.C. TECNICO AREA NORD		DISTRETTO N. 49	
	U.O.C. TECNICO AREA SUD		DISTRETTO N. 50	
	U.O.C. GEST.TECN.SISTEMI INFORM.		DISTRETTO N. 51	
	U.O.C. MATERNO INFANT. OSPEDAL.		DISTRETTO N. 52	