

# COMUNE DI SUCCIVO

(PROVINCIA DI CASERTA)

AFFARI GENERALI



**ORIGINALE**

## **DELIBERAZIONE del CONSIGLIO COMUNALE**

L'anno duemilatredici, il giorno trenta del mese di dicembre alle ore 16,58, nella sala delle adunanze del Comune di Succivo, situata in Piazza IV Novembre, convocato nelle forme di legge, si è riunito il CONSIGLIO COMUNALE in seduta straordinaria. Risultano all'appello nominale presenti :

qualifica	Cognome e nome	P/A		Cognome e nome	P/A
<i>Sindaco</i>	TINTO ANTONIO	P	<i>Consigliere</i>	PAPA FRANCESCO	P
<i>Consigliere</i>	NARDACCIO FRANCESCO	P	<i>Consigliere</i>	MARSILIO ANTONIO	P
<i>Consigliere</i>	SERRA GENNARO	P	<i>Consigliere</i>	DELL'AVERSANA FRANCESCO	P
<i>Consigliere</i>	IOVINELLI AMEDEO	P	<i>Consigliere</i>	D'ERRICO ANTONIO	P
<i>Presidente</i>	MORELLI FRANCESCO	P			
<i>Consigliere</i>	DELL'AVERSANA EDUARDO	P			
<i>Consigliere</i>	AULETTA RAFFAELE	P			
<i>Consigliere</i>	DI SANTILLO SALVATORE	P			
<i>Consigliere</i>	PASCALE FRANCESCO	P			

**Totale presenti : 13 totale assenti :0**

Presiede la seduta : dott. Francesco Morelli nella sua qualità di Presidente ;

Redige il verbale il Segretario Comunale : dott. Marco Verdicchio ;

Il Presidente, constatato che gli intervenuti sono in numero legale, dichiara aperta la seduta.

Il Presidente invita i presenti a deliberare sul seguente argomento:

**n. 32 del 30 dicembre 2013**

### **Oggetto**

**L.328/2000 e L.R. n.11/2007. PRESA D'ATTO e APPROVAZIONE del REGOLAMENTO per la GESTIONE e il CONTROLLO del FONDO UNICO d'AMBITO (F.U.A.) e del REGOLAMENTO per l' ACCESSO e l'EROGAZIONE dei SERVIZI SOCIO-SANITARI dell'AMBITO TERRITORIALE C6**



# COMUNE DI SUCCIVO

(PROVINCIA di CASERTA)

## II CONSIGLIO COMUNALE

### VISTE:

- la allegata proposta di deliberazione registrata al n.88/2013 del 16 dicembre u.s. avente il seguente oggetto "L.328/2000 e L.R. n.11/2007. presa d'atto e approvazione del regolamento per la gestione e il controllo del fondo unico d'ambito (F.U.A.) e del regolamento per l'accesso e l'erogazione dei servizi socio-sanitari dell'ambito territoriale C6", avanzata dal Responsabile del Settore delle Politiche Sociali e i regolamenti allegati alla stessa;
- i pareri di regolarità tecnica e contabile resi ai sensi dell'art.49, comma 1 del D.Lgs 267/2000;

**ATTESA** la propria competenza a procedere ai sensi dell'art.42 del D.Lgs 267/2000;

**CONSIDERATO** che sull'allegata proposta la II Commissione Consiliare, debitamente convocata, riunitasi lo scorso 20 dicembre, si è espressa in maniera favorevole;

**UDITA** la discussione sull'argomento di seguito riportata nei tratti salienti:

Il Consigliere Amedeo Iovinelli, assessore alle politiche sociali, illustra la proposta invitando l'Aula a votarla all'unanimità.

Il Consigliere Antonio Marsilio, nel preannunciare il voto favorevole al fine di dare maggiore forza al collega in sede di coordinamento, invita lo stesso a sottolineare in tali riunioni l'incapacità del Comune capofila che ha privato i cittadini dell'ambito di servizi essenziali cosa che quando era Succivo ad essere capofila, non accadeva.

Il Consigliere Iovinelli afferma che, nonostante le inadempienze dell'attuale capofila, Succivo, grazie alla determinazione della Giunta Comunale, è riuscita a garantire i servizi essenziali quali il trasporto dei disabili e l'assistenza materiale. Anche i *budget* di cura, al netto dei decessi e delle scadenze di legge, sono rimasti sostanzialmente gli stessi.

Il Consigliere Raffaele Auletta, nel preannunciare, nonostante alcune perplessità, il proprio voto favorevole fa presente che ci vorranno come minimo ancora due mesi perché la gestione collegiale dell'ambito abbia finalmente inizio ed in corso d'opera emergeranno problemi legati alla sottostima della compartecipazione fissata in 7 euro anziché nella cifra necessaria di almeno 9 euro. La gestione di alcuni servizi, nel frattempo posta in essere dal Comune di Succivo, vede l'opera di lavoratori socialmente utili anziché di operatori qualificati con ciò offendendo la professionalità di questi ultimi.

Il Consigliere Iovinelli fa presente che l'assistenza a cui sono adibiti i lavoratori socialmente utili è quella semplice non quella specialistica.

Il Consigliere Auletta, soffermandosi poi sul servizio di segretariato sociale che, pur rappresentando un livello essenziale di assistenza, risulta non ancora espletato, nonostante l'adozione in tal senso, risalente addirittura alla scorsa estate, di una deliberazione, contesta l'inerzia nell'occasione tenuta dall'assessore al ramo anche dal punto di vista del semplice dovere di controllo sul funzionario competente e rileva che il seguito, già tardivo, all'indirizzo impresso con detta delibera, rappresentato dal recente affidamento ad una cooperativa, presenta motivazioni sconcertanti. Il Consigliere Auletta rileva che i comportamenti di alcuni responsabili di settore vengono valutati con peso diverso rispetto a quelli di altri.

L'assessore Iovinelli fa presente di aver inviato ben due lettere al responsabile, trasmesse per conoscenza anche al Segretario, per chiedergli spiegazioni dell'inerzia e sollecitarlo a procedere.

Il Consigliere Francesco Papa, nel ribadire quanto detto dal Consigliere Auletta in occasione della discussione del precedente punto, in merito all'assoluta inesistenza di alcun favoreggiamento assicurato dalla passata amministrazione alla cooperativa da lui fondata così come a ciascun altro operatore, annuncia il voto favorevole alla proposta in discussione.

Il Sindaco, in merito alla perdita del ruolo di capofila da parte di Succivo, ricorda al consigliere Marsilio che la linea di difendere, ai sensi dell'art.8 della convenzione, le prerogative del funzionario operante presso il Comune allora capofila era quella della precedente

amministrazione che la attuale si è limitata a fare propria. Se la precedente amministrazione avesse voluto conservare il ruolo di capofila avrebbe potuto accogliere le richieste di nominare un altro coordinatore. Il dott. D'Angelo, dimessosi nel 2008 dal ruolo di coordinatore, non ha percepito, dopo quell'anno, nulla a tale titolo.

Il Consigliere Marsilio invita il Sindaco ad un confronto pubblico "carte alla mano" sulla questione.

Il Sindaco, rispetto al pericolo, paventato dal Consigliere Auletta, dell'insufficienza di una compartecipazione al FUA di soli 7 euro per abitante, afferma che nel bilancio pluriennale è stanziato un importo, pari a quello individuato come congruo nella relazione del commissario *ad acta*, pari a 10,50 euro per abitante e che, pertanto, laddove dovessero sorgere problemi in tal senso, il Comune disporrebbe delle risorse per farvi fronte. Il Sindaco, inoltre, rileva la singolarità del dibattito consiliare Succivese che vede assurgere ad elemento di discussione l'attività dei responsabili di settore invece che aspetti politici, quasi a dare l'idea che la politica in questo Paese l'abbiano sempre fatta i funzionari invece che i soggetti a ciò deputati. Per il controllo dell'attività dei responsabili c'è il Segretario Comunale il cui operato in tal senso si è dimostrato scevro da favoritismi.

Il Consigliere Auletta ribatte facendo presente che è una questione anche politica quella per cui un Comune, già a corto di figure apicali, ne sovraccarica una di compiti lasciandone, nel contempo, andare via un'altra e privandosi dell'unico vigile.

Il Sindaco ricorda al collega Auletta che lo stesso ha commentato in Aula il contenuto di una determina.

Il Consigliere Papa torna sulla questione relativa alla perdita del ruolo di capofila dell'ambito da parte del Comune di Succivo e ricorda di aver sconsigliato a suo tempo il dott. D'Angelo dal dare le dimissioni paventandogli il rischio che le stesse venissero accettate come poi accaduto, e come ugualmente accaduto anche a seguito delle dimissioni presentate dal successore dott. Verrengia dopo le quali si sono aperte le danze. Il Consigliere Papa rivendica di aver difeso di fronte agli altri Comuni, i più agguerriti dei quali erano non solo e non tanto Casaluce quanto Teverola e Sant'Arpino, le prerogative del dott. D'Angelo, sia perché credeva nella necessità di non violare l'art.8, ma anche perché in un certo senso obbligato dalla esigenza di non commettere atti che alla luce del grado di parentela tra tale funzionario ed il proprio avversario elettorale, sarebbero stati inopportuni. Il nuovo Sindaco ben avrebbe però potuto chiedere allo zio di farsi da parte per salvare la titolarità in capo al comune del ruolo di capofila.

Il Sindaco fa presente che dalla lettura dei verbali è facile constatare come l'attuale amministrazione abbia tentato varie strade per distendere gli animi quali la richiesta al Segretario Comunale dell'epoca di svolgere il ruolo di coordinatore e, in seguito al rifiuto di questi, quella rivolta ai comuni convenzionati di segnalare propri funzionari per svolgere detto ruolo. La verità è che la situazione era incancrenita anche per colpe non addebitabili a Succivo e la possibilità di disporre di una congrua cassa solleticava molti comuni.

Il Consigliere Marsilio ribadisce al Sindaco l'invito ad un pubblico confronto sulla questione e ricorda che il Sindaco Papa con la sua saggezza ed esperienza era riuscito a mantenere il ruolo di capofila e che la nuova amministrazione avrebbe dovuto cedere sulla questione del coordinatore pur di conservarlo ed evitare di sprecare 10.000 euro per riottenere per vie legali quanto perso. Il Consigliere Marsilio, inoltre, ricorda al Sindaco la necessità di mettere nuovamente a disposizione della Scuola il parcheggio di Casa della Gioia.

Il Sindaco ricorda che alla prima riunione del coordinamento a cui prese parte fu oggetto di un attacco durissimo incentrato, tra l'altro, sulla richiesta di dare seguito a quanto dichiarato dal proprio predecessore che, pur essendosi impegnato a nominare un coordinatore ben preciso, non aveva dato seguito a tale proclama. Riguardo al parcheggio, il Sindaco, ricordato a Marsilio di aver fornito ampie risposte alla sua interrogazione in proposito e che la delibera del Consiglio Comunale non prevedeva alcuna limitazione alla concessione alla Parrocchia, invita lo stesso a presentare eventuali carte che dimostrino quanto va sostenendo.

Il Consigliere Marsilio cita i nominativi di due insegnanti che potrebbero testimoniare che il Parroco avrebbe detto di fronte alle proteste che la precedente convenzione non specificava a chi andasse il parcheggio.

Il Presidente Morelli, ricollegandosi a quanto detto dal Sindaco, conferma che la delibera consiliare del 2010 faceva riferimento sia alla struttura che alla superficie senza porre limiti e che non è possibile separare l'area di sedime.

**RITENUTO** di condividere tutto quanto riportato nella allegata proposta e negli allegati alla stessa;

**CON** 13 voti favorevoli espressi per alzata di mano dai consiglieri presenti

**DELIBERA:**

**di APPROVARE** la allegata proposta di deliberazione registrata al n.88/2013 del 16 dicembre u.s. avente il seguente oggetto "*L.328/2000 e L.R. n.11/2007. presa d'atto e approvazione del regolamento per la gestione e il controllo del fondo unico d'ambito (F.U.A.) e del regolamento per l'accesso e l'erogazione dei servizi socio-sanitari dell'ambito territoriale C6*", avanzata dal Responsabile del Settore delle Politiche Sociali e i regolamenti allegati alla stessa;

successivamente, considerata l'urgenza di provvedere

**il CONSIGLIO COMUNALE**

**CON** 13 voti favorevoli espressi per alzata di mano dai consiglieri presenti

**DELIBERA:**

**di DICHIARARE** il presente provvedimento immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 134, comma 4, del D.Lgs. 18.8.2000, n. 267.



# COMUNE DI SUCCIVO

(PROVINCIA DI CASERTA)

## PROPOSTA di DELIBERAZIONE per il CONSIGLIO COMUNALE

Registrata al n. 88 anno 2013

Trasmessa all'Ufficio Segreteria il giorno 16/12 -2013

Trasmessa all'Ufficio Ragioneria il giorno 16/12 -2013

Il Responsabile  
Sig.ra Ciccarelli Carmela

## PROPOSTA di DELIBERAZIONE per il CONSIGLIO COMUNALE

**OGGETTO: L.328/2000 e L.R. n.11/2007. PRESA D'ATTO e APPROVAZIONE del REGOLAMENTO per la GESTIONE e il CONTROLLO del FONDO UNICO d'AMBITO (F.U.A.) e del REGOLAMENTO per l' ACCESSO e l'EROGAZIONE dei SERVIZI SOCIO-SANITARI dell'AMBITO TERRITORIALE C6**

### II RESPONSABILE del SETTORE POLITICHE SOCIALI

**PREMESSO** che:

- con Delibera di Giunta n. 320 del 3.07.12 la Regione Campania ha determinato i nuovi ambiti territoriali, completando il processo di riallineamento tra Ambiti e Distretti Sanitari avviato in precedenza, istituendo a far data dall'1.1.13 il nuovo Ambito C06 che coincide con i Distretti Sanitari 17 e 18 dell'ASL Caserta e in n°9 Comuni, e cioè: Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola;
- il 6 settembre u.s. è stata sottoscritta da tutti i Comuni sopra citati la Convenzione per la gestione associata dei servizi e l'Accordo di Programma per la gestione dei servizi attraverso il piano sociale di Zona del nuovo Ambito C06;
- con deliberazione n.16 del 14.9.2013 il Consiglio Comunale di Succivo ha approvato detta Convenzione per la gestione associata dei servizi e l'Accordo di Programma per la gestione dei servizi attraverso il piano sociale di Zona del nuovo Ambito C06;
- il Comune Capofila con deliberazioni del proprio Consiglio Comunale n. 37 del 21.11.2013 ha approvato il Regolamento per la gestione e il controllo del fondo unico d'ambito (F.U.A.)
- il Comune Capofila con deliberazioni del proprio Consiglio Comunale n. 5 del 22.3.2013 ha approvato rispettivamente il Regolamento per l'accesso e l'erogazione dei servizi socio-sanitari dell'ambito territoriale C6 e il Disciplinare per la compartecipazione alle spese socio-sanitarie;

**VISTI:**

- la legge 8.11.00 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- la Legge Regionale n. 11 del 23.10.2007 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328", successivamente integrata con le modifiche apportate dalle leggi regionali 30 gennaio 2008, n. 1, 27 gennaio 2012, n. 1 e 6 luglio 2012, n. 15;
- il Decreto Dirigenziale n. 347 del 25/06/2013 con il quale la Regione Campania ha assegnato le risorse per l'anno 2013 agli ambiti territoriali;

**CONSIDERATO** che:

- con il Regolamento per la gestione e il controllo del fondo unico d'ambito si disciplinano i rapporti finanziari e contabili derivanti dalla gestione del Piano Sociale di Zona degli Enti Associati dell'Ambito Territoriale C06, F.U.A. che costituisce l'insieme delle fonti di finanziamento previste dalla normativa di settore per l'attuazione del Piano sociale di Zona, ivi inclusi i fondi propri degli Enti associati da trasferire nel F.U.A. stesso.
- con il Regolamento per l'accesso e l'erogazione dei servizi socio-sanitari e il relativo disciplinare si modulano i criteri e le procedure per l'accesso e l'erogazione dei servizi socio-sanitari integrati, ai sensi dell'art.41 della L.R. n.11/07 e della D.G.R. n.4172011, attraverso procedure unitarie e condivise tra l'ASL Caserta -Distretto Sanitario n.18 e 18 e l'Ambito

Territoriale C06, nonché le modalità di pagamento delle quote di compartecipazione sociale dei Comuni consociati nell'Ambito C6 e degli utenti alle prestazioni sociosanitarie.

- entrambi i suddetti regolamenti vanno recepiti dal Comune di Succivo così come da tutti gli altri Comuni facenti parte dell'ambito C6;

**PROPONE di DELIBERARE**

(per le motivazioni esposte in narrativa che qui si intendono riportate anche se non materialmente trascritte):

**di APPROVARE** il Regolamento per la gestione e il controllo del fondo unico d'ambito e il Regolamento per l'accesso e l'erogazione dei servizi socio-sanitari dell'ambito territoriale C6 con relativo disciplinare per la compartecipazione alle prestazioni socio-sanitarie, allegati alla presente proposta per formarne parte integrante e sostanziale;

**dott. Salvatore D'Angelo**

**PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA:** Per quanto concerne la regolarità tecnica, a norma dell'art. 49 del T.U. delle leggi sull'ordinamento degli EE. LL. approvato con D. Lgs 267/2000, il sottoscritto Responsabile esprime parere:

favorevole

**Il Responsabile del Settore Politiche Sociali**  
dott. Salvatore D'Angelo

**PARERE DI REGOLARITÀ CONTABILE:** Per quanto concerne la regolarità contabile, a norma dell'art. 49 del T.U. delle leggi sull'ordinamento degli EE.LL. approvato con D. lgs. 267/2000, il sottoscritto Responsabile esprime parere:

favorevole

**Il Responsabile dell'Area Finanziaria**  
Sig. Aniello Marsilio

in 16/12/2013

# Comune di Succivo

Provincia di Caserta  
Area amministrativa  
ufficio affari generali

telefono 081-501.47.30 fax 081-501.47.35

codice fiscale : 81000670612

e\_mail : [affarigenerali.succivo@postecert.it](mailto:affarigenerali.succivo@postecert.it) e/o [aniellomarsilio@comune.succivo.ce.it](mailto:aniellomarsilio@comune.succivo.ce.it)

oggetto : legge 328/2000 e legge regionale 11/2007 – presa d'atto e approvazione del regolamento per la gestione e il controllo del fondo unico d'ambito fua e del regolamento per l'accesso e l'erogazione dei servizi socio sanitari e dell'ambito territoriale C6.

## il RESPONSABILE FINANZIARIO

Visto l'art. 15 del vigente regolamento di contabilità, esprime **parere favorevole**, trattandosi allo stato di mera regolamentazione e programmazione per la gestione e il controllo del fondo unico d'ambito, che comporterà comunque riflessi sia diretti che indiretti sui predisponenti bilanci.

Succivo li 16.12.2103



Il Responsabile del Servizio  
Rag. Aniello Marsilio

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Aniello Marsilio", written over the typed name.



## **AMBITO SOCIO - SANITARIO C6**

### **Comune capofila CASALUCE**

**Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano d'Aversa, Sant'Arpino, Orta di Atella,  
Teverola, Succivo**

**Tel.081/8911012 - Fax 081/8911033**

### **Regolamento per la gestione e il controllo del Fondo Unico d'Ambito (F.U.A.)**

#### **Art. 1 – Oggetto**

Oggetto del presente Regolamento sono i rapporti finanziari e contabili derivanti dalla gestione del Piano Sociale di Zona degli Enti Associati dell'Ambito Territoriale C06.

Gli Enti Associati hanno scelto quale forma di associazione Convenzione, art. 30 D.lgs 267/00, la quale prevede la gestione unitaria del sistema locale integrato di interventi e servizi sociali e socio sanitari, attraverso la condivisione delle risorse economiche, professionali e strumentali nonché delle procedure di gestione amministrativa e contabile.

#### **Art. 2 – Ente Capofila ed Enti Associati**

Il Comune di Casaluce è l'Ente Capofila dell'Ambito Territoriale per la gestione unitaria del sistema locale dei Servizi sociali e socio sanitari.

All'Ente Capofila è riconosciuto il ruolo di coordinamento e di gestione.

I Servizi individuati nel Piano Sociale di Zona sono gestiti a livello d'Ambito Territoriale dall'Ente Capofila per conto degli Enti Associati.

#### **Art. 3 – Fondo Unico d'Ambito (F.U.A.)**

Il F.U.A. costituisce l'insieme delle fonti finanziamento previste dalla normativa di settore per l'attuazione del Piano Sociale di Zona.

Il F.U.A. è costituito dalle seguenti risorse finanziarie:

- Fondo nazionale politiche Sociali FNPS
- Fondo Sociale Regionale FSR;
- Fondo Non Autosufficienza FNA
- fondi propri dei Comuni per i Servizi sociali e socio sanitari;
- fondi dell'Unione Europea assegnati all'Ente Capofila per la gestione dei Servizi sociali e socio sanitari, ovvero intercettati e gestiti, attraverso l'Ufficio di Piano di Zona, nell'ambito delle proprie attività;
- fondi della compartecipazione dell'utenza;
- altre risorse (A), provenienti dai finanziamenti aggiuntivi, pubblici e privati;
- fondi A.S.L. finalizzati a realizzare l'integrazione socio sanitaria.

#### **Art. 4 – Fondi nazionali e regionali**

I fondi nazionali e regionali, confluenti nel Fondo Sociale Regionale, sono assegnati all'Ente Capofila, che effettua la relativa gestione, secondo quanto concordato negli atti di programmazione.

Il Fondo Sociale Regionale assegnato è destinato all'esecuzione dei servizi programmati nel Piano Sociale di Zona.

Le risorse di cui al suddetto fondo sono trasferite all'Ente Capofila che, in base agli accordi sottoscritti per la gestione associata dei Servizi sociali e socio sanitari, attua gli interventi ed i servizi previsti nella programmazione del Piano Sociale di Zona.

L'accesso dei cittadini ai Servizi erogati sulla base dei Fondi nazionali e regionali è, per ciascun Ente Associato, proporzionale alla popolazione residente ovvero coerente con ulteriori indicatori di rischio/bisogno sociale che gli stessi Enti Associati dovessero individuare e formalizzare attraverso specifici accordi.

#### **Art. 5 – Fondi propri degli Enti Associati**

I fondi propri degli Enti Associati per la realizzazione dei Servizi sociali e socio sanitari sono costituiti dalle risorse che gli stessi, secondo importi e misure concordati negli atti di programmazione, stanziavano nei rispettivi bilanci annuali/pluriennali.

Gli Enti Associati devono destinare al F.U.A. risorse proprie non inferiori alla media della spesa sociale sostenuta nel triennio 2009/2011, non inferiore, comunque, ai 7,00 euro per abitante ed, in ogni caso, all'importo definito dalla normativa vigente di riferimento dei Piani Sociali di Zona.

I fondi propri degli Enti Associati sono costituiti da:

- **Fondi Comunali Condivisi (F.C.c.):** risorse provenienti dai bilanci di ciascun Ente Associato, in misura non inferiore ai 7,00 euro per abitante ed, in ogni caso, all'importo definito dalla normativa vigente di riferimento dei Piani Sociali di Zona, che si "condividono" per la copertura dei costi relativi alle azioni di sistema, al personale, agli strumenti, ai mezzi, ai materiali, alle utenze e ai canoni necessari alla gestione dei Servizi di pertinenza del Piano Sociale di Zona stesso, nonché, eventualmente, per potenziare i Servizi;
- **□Fondi Comunali Riservati (F.C.r.):** risorse provenienti dai bilanci di ciascun Ente Associato che si "riservano", nel rispetto della unicità ed omogeneità dei Servizi previsti dal Piano Sociale di Zona, ai cittadini residenti per la realizzazione dei Servizi, coerentemente con il maggiore o minore investimento finanziario per abitante realizzato da ciascun Comune.
- Ulteriori quote di compartecipazione, non ricadenti nel F.U.A., potranno essere trasferite, anche figurativamente, sulla base di specifici accordi tra gli Enti Associati.

Eventuali incrementi di risorse a valere sui Fondi Comunali Riservati (FCr) devono essere comunicati entro, e non oltre, il 30 settembre di ciascun anno, con indicazione, nel provvedimento di trasferimento, del servizio che si intende incrementare.

Entro, al massimo, il 30 novembre di ciascun anno, gli Enti Associati devono adottare un atto di indirizzo per la programmazione delle risorse necessarie all'attuazione del Piano Sociale di Zona nel/negli anno/anni successivi, utilizzando il format inviato dall'Ufficio di Piano di Zona. Il suddetto atto di indirizzo deve essere approvato, almeno, con delibera di Giunta Municipale e trasmesso all'Ufficio di Piano di Zona.

In caso di mancata trasmissione della suddetta programmazione, l'Ufficio di Piano di Zona utilizzerà, per adempiere alle richieste del Comune Capofila, della Regione Campania o di altri Enti Sovraordinati, i dati relativi alle risorse degli Enti Associati a valere sull'esercizio finanziario corrente.

I Comuni Associati, una volta approvati i rispettivi Bilanci di Previsione, ne danno tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano Zona per gli adempimenti successivi.

Entro 30 giorni dall'avvenuta approvazione del Bilancio annuale di previsione, ovvero a seguito della necessità di soddisfare richieste dei Enti sovraordinati, secondo la disciplina prevista dall'art.174 del D.lgs 267/00, ciascun Ente Associato deve trasmettere all'Ente Capofila e all'Ufficio di Piano di Zona uno stralcio del Bilancio approvato, relativo ai fondi propri stanziati per le politiche sociali.

I Fondi propri degli Enti Associati devono essere trasferiti all'Ente Capofila, previa determinazione da parte del Responsabile del centro di costo presso ciascun Ente Associato, in un'unica soluzione

entro il termine di 30 giorni successivi alla approvazione della convenzione da parte del Consiglio Comunale dei singoli enti associati.

Nel caso in cui i bilanci di previsione degli Enti Associati non siano effettivamente disponibili dal 01 gennaio di ciascun anno, gli stessi Enti Associati, entro 15 giorni dall'apertura dell'esercizio finanziario, sono tenuti ad assumere gli atti di impegno nel proprio bilancio di previsione ai sensi dell'art. 163 del D.lgs 267/00, comunicando gli estremi degli atti prodotti all'Ufficio di Piano di zona, così da garantire il trasferimento, a cadenza mensile, alla tesoreria unica, dei fondi necessari ad assicurare la continuità dell'erogazione dei Servizi del Piano Sociale di Zona.

Ai fini del rispetto del termine prescritto per il trasferimento dei fondi da parte degli Enti Associati, si assume quale data di trasferimento quella di sottoscrizione del mandato di pagamento, emesso secondo quanto disposto dall'art. 185 del D.lgs 267/00.

Nel caso in cui i fondi siano trasferiti oltre i termini previsti dal presente Regolamento, l'Ente Capofila si riserva di avanzare, all'Ente interessato, richiesta di corresponsione degli interessi, nella misura del saggio legale.

### **5.1 - Oneri relativi alle strutture**

Gli oneri relativi alla gestione delle strutture che sono utilizzate per l'esecuzione dei Servizi previsti dal Piano Sociale di Zona, contribuiscono alla spesa sociale dell'Ente Associato, restando giuridicamente e finanziariamente a carico dei singoli Enti Associati.

### **5.2 – Oneri di gestione relativi a canoni ed utenze**

I contratti e gli oneri concernenti i canoni e le utenze, relativi alle strutture che sono utilizzate per l'esecuzione dei Servizi previsti dal Piano Sociale di Zona, contribuiscono alla spesa sociale dell'Ente Associato, restando giuridicamente e finanziariamente a carico dei singoli Enti Associati.

### **5.3 - Oneri per i beni strumentali**

I beni strumentali che sono utilizzati per l'esecuzione dei Servizi previsti dal Piano Sociale di Zona, di proprietà degli Enti Associati, restano di proprietà degli stessi.

I beni strumentali acquistati con risorse del F.U.A. sono di proprietà dell'Ente Capofila, che, in caso di risoluzione della gestione associata del Piano Sociale di Zona, ne ripartisce il valore residuo tra gli Enti Associati, in ragione dei criteri di distribuzione delle spese e delle risorse.

### **5.4 – Oneri di gestione relativi ai materiali di consumo ed al trasporto**

Gli oneri relativi ai materiali di consumo ed al trasporto (per visite domiciliari, accompagnamento degli utenti presso servizi e strutture, spostamenti per raggiungere altre sedi del Piano Sociale di Zona e/o degli Enti con i quali è necessario e opportuno collaborare in ragione dell'implementazione del Piano Sociale di Zona stesso) necessari al funzionamento degli UU.SS.SS. restano in capo ai singoli Enti Associati.

Gli oneri relativi ai materiali di consumo e al trasporto ad uso del Piano Sociale di Zona, con esclusione degli oneri relativi agli UU.SS.SS., sono a carico del F.U.A..

### **5.5 – Oneri per il personale distaccato al Piano Sociale di Zona**

Gli oneri concernenti le competenze del personale per il funzionamento dell'UdP, distaccato e esterno ai Comuni associati al Piano Sociale di Zona, contribuiscono alla spesa sociale dell'Ente Associato, e sono considerati nel F.U.A. compatibilmente con la normativa vigente e in ogni caso nel limite del 10% del FUA Stesso.

### **Art. 6 – Risorse derivanti dalla compartecipazione alla spesa degli utenti**

Le entrate derivanti dalla compartecipazione alla spesa degli utenti per i Servizi del Piano Sociale di Zona contribuiscono alla formazione del F.U.A..

Dette entrate sono incassate dai singoli Enti Associati, che provvedono a trasferirle all'Ente Capofila per le finalità previste dal Piano Sociale di Zona, ovvero direttamente dall'Ente Capofila ove previsto da specifico accordo tra gli Enti Associati e/o normativa.

#### **Art. 7 – Fondi A.S.L.**

I fondi A.S.L. sono costituiti dalle risorse umane, strutturali e finanziarie della competente A.S.L. finalizzate a realizzare l'integrazione socio sanitaria.

La gestione degli stessi è regolata da specifici accordi previsti dalla normativa vigente ovvero, nel rispetto della stessa, stipulati tra l'A.S.L. e gli Enti Associati.

#### **Art. 8 – Ufficio di Piano di Zona**

L'Ufficio di Piano di Zona è definito dalla "Convenzione per la Gestione, in forma Associata, del Piano Sociale di Zona" e dall'accordo di programma.

Componenti di diritto dell'ufficio di Piano di Zona sono il responsabile dei servizi sociali e responsabile finanziario del comune capofila;

Ciascun Ente Associato assegna specifiche risorse umane all'Ufficio di Piano di Zona, secondo le modalità definite dalla succitata Convenzione e nel rispetto della normativa vigente.

L'Ufficio di Piano di Zona si avvale del supporto delle strutture dell'Ente Capofila e degli Enti Associati, ciascuno secondo le proprie competenze istituzionali ed in conformità a quanto previsto dalla succitata Convenzione.

#### **Art. 9 – Servizio di Tesoreria**

Le risorse costituenti il F.U.A. sono trasferite alla Tesoreria dell'Ente Capofila e devono intendersi quali fondi vincolati alle attività del Piano Sociale di Zona, da iscriversi nel bilancio del medesimo Ente.

L'Ente Capofila, in regime di tesoreria unica, deve provvedere alla distinta rilevazione delle operazioni di entrata e di spesa connesse alla gestione del Piano Sociale di Zona, provvedendo, attraverso l'Ufficio di Piano di Zona, al termine di ciascuna annualità, alle operazioni di rendicontazione previste dalla normativa di settore.

#### **Art. 10 – Gestione**

Al termine di ciascuna annualità di gestione del Piano Sociale di Zona, le risorse del F.U.A. che, eventualmente, pur essendo impegnate, risultino ancora disponibili, affluiscono nel F.U.A. previsto per l'annualità successiva a quella in cui si è determinata la relativa economia, previo eventuale autorizzazione dell'Ente finanziatore, ove prevista.

#### **Art. 11 – Rendicontazione**

Al termine di ciascuna annualità del Piano Sociale di Zona, l'Ente Capofila, attraverso l'Ufficio di Piano di Zona, provvede alle operazioni di rendicontazione relative alla gestione del F.U.A., nel rispetto delle indicazioni, della modulistica e dei tempi stabiliti dalla normativa vigente.

#### **Art. 12 – Responsabile contabile**

Il Responsabile Finanziario dell'Ente Capofila provvede agli adempimenti previsti dalla normativa vigente con il supporto dell'Ufficio di Piano di Zona.

#### **Art.13. Controlli interni**

Il sistema dei controlli interni è articolato in:

- controllo di regolarità amministrativa;
- controllo di regolarità contabile;
- controllo della gestione;

- controllo della qualità dei servizi erogati

Al sistema dei controlli interni si deve aggiungere l'attività di valutazione del coordinatore e dei Responsabili dell'Ufficio di Piano. Tale attività è direttamente connessa con il sistema dei controlli interni con le modalità previste nell'apposito regolamento di valutazione delle performance.

Il sistema dei controlli interni costituisce strumento di supporto nella prevenzione del fenomeno della corruzione. Le modalità sono disciplinate nel piano anticorruzione, di cui alla legge n. 190/2012. In ogni caso, le attività che saranno individuate a maggiore rischio di corruzione sono impegnate a trasmettere informazioni aggiuntive al controllo interno.

#### **Art.14 – Controllo preventivo e successivo**

1. Il controllo di regolarità amministrativa è sia preventivo che successivo. Quello contabile è solo preventivo.
2. Il controllo è preventivo quando si svolge nelle fasi di formazione dell'atto che vanno dall'iniziativa all'integrativa dell'efficacia che si conclude, di norma, con la pubblicazione.
3. Il controllo è successivo quando si svolge dopo che si è conclusa anche l'ultima parte dell'integrazione dell'efficacia, di norma, la pubblicazione.

#### **Art.15 – Controllo preventivo di regolarità amministrativa**

1. Nella fase preventiva di formazione delle proposte da sottoporre al coordinamento istituzionale il coordinatore avuto riguardo all'iniziativa o all'oggetto della proposta, esercita il controllo di regolarità amministrativa attraverso il rilascio del *parere* di regolarità tecnica attestante la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa ai sensi dell'articolo 49 del TUEL.
2. Il *parere* di regolarità tecnica è richiamato nel testo delle deliberazione ed allegato, quale parte integrante e sostanziale, al verbale della stessa.
3. Per ogni altro atto amministrativo, il coordinatore dell'ufficio di piano esercita il controllo di regolarità amministrativa attraverso la stessa sottoscrizione con la quale perfeziona il provvedimento.

#### **Art.16 – Controllo preventivo di regolarità contabile**

1. Nella fase preventiva di formazione delle proposte da sottoporre al coordinamento istituzionale il responsabile del servizio finanziario esercita il controllo di regolarità contabile con il relativo *parere* previsto dall'articolo 49 del TUEL.
2. Il *parere* di regolarità contabile è richiamato nel testo della deliberazione ed allegato, quale parte integrante e sostanziale, al verbale della stessa.
3. Nella formazione delle determinazioni del coordinatore, e di ogni altro atto che comporti impegno contabile di spesa ai sensi degli articoli 151 comma 4 e 183 comma 9 del TUEL, il responsabile finanziario dell'Ufficio di Piano esercita il controllo di regolarità contabile attraverso l'apposizione del *visto* attestante la copertura finanziaria.

4. Il visto attestante la copertura finanziaria è allegato, quale parte integrante e sostanziale, al provvedimento cui si riferisce.

#### **Art. 17- Controllo sulla qualità dei servizi erogati**

Il coordinatore oltre alla definizione di standard idonei a rilevare la qualità effettiva dei servizi erogati svolge il controllo della qualità dei servizi erogati, sia direttamente, sia mediante organismi gestionali esterni, attraverso l'impiego di metodologie dirette a misurare la soddisfazione degli utenti esterni e interni dell'ente.

Il controllo sulla qualità del servizio in materia socio sanitaria e precisamente sulle prestazioni rese in compartecipazione con la ASL CE 2 è svolto congiuntamente dal coordinatore e dai direttori dei Distretti sanitari di Competenza dell'Ambito C06 (distretti 17 e 18).

La rilevazione della soddisfazione degli utenti è finalizzata al superamento dell'autoreferenzialità, a comprendere sempre meglio le esigenze dei destinatari delle proprie attività ed a sviluppare l'ascolto e la partecipazione dei cittadini alla realizzazione delle politiche pubbliche.

La qualità del servizio, come percepita dall'utente, è il grado di soddisfazione delle aspettative dell'utente stesso.

#### **Art. 18- Metodologie per la misurazione della soddisfazione degli utenti esterni**

1. Il Coordinamento istituzionale può utilizzare per la misurazione della soddisfazione degli utenti esterni sia metodologie indirette quali quelle dell'analisi dei reclami pervenuti che dirette quali quelle della somministrazione di questionari ai cittadini-utenti. In ogni caso, per ciascuna articolazione organizzativa apicale occorre effettuare almeno una somministrazione di questionari all'anno.

2. L'analisi attraverso i questionari deve essere impostata prendendo in considerazione molteplici dimensioni, tra le quali quelle ritenute essenziali riguardano gli aspetti tangibili, l'affidabilità, la capacità di risposta, la capacità di rassicurazione, l'empatia.

3. Le definizioni operative delle dimensioni ritenute essenziali sono le seguenti:

- per aspetti tangibili si intende l'aspetto delle strutture fisiche, delle attrezzature, del personale e degli strumenti di comunicazione;
- per l'affidabilità si intende la capacità di prestare il servizio in modo affidabile e preciso;
- per la capacità di risposta si intende la volontà di aiutare il cittadino-utente e di fornire prontamente il servizio;
- per la capacità di rassicurazione si intende la competenza e la cortesia del personale e la loro capacità di ispirare fiducia e sicurezza;
- per l'empatia si intende l'assistenza premurosa e individualizzata che l'Ente presta ai cittadini-utenti.

4. Per ciascuna dimensione essenziale saranno individuati uno o più fattori che possano fornire informazioni distintive e tali da rendere esplicita la qualità percepita dall'utente esterno.

5. Oltre alle dimensioni essenziali è possibile individuare ulteriori dimensioni per l'analisi della qualità percepita dall'utente esterno.

6. Degli esiti del controllo sulla qualità dei servizi erogati si tiene conto nella valutazione della performance organizzativa.

**Art. 19 – Controllo esterno**

Al revisore dei conti del Comune capofila è rimesso il controllo esterno sulla gestione. La misura del compenso per tale attività svolta dal revisore è stabilita con apposito provvedimento coerentemente con le limitazioni previste dalla normativa vigente relativa ai conferimenti di incarichi.

**Art. 20 – Disposizioni finali**

Per quanto non espressamente previsto dal presente Regolamento, trova applicazione la normativa vigente.

LOGO C3



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE**  
**CASERTA**  
**Distretto Sanitario n. 17 e 18**

**REGOLAMENTO PER L' ACCESSO E L'EROGAZIONE**  
**DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI**  
(ai sensi dell'art.41 della L.R. Campania n.11/07 e della D.G.R. Campania n. 41/2011)

(Regolamento approvato dal Coordinamento Istituzionale nella seduta del 26.6.2012)  
(Regolamento approvato dal Direttore Generale ASL Caserta con Delibera n.1182 del 12.9.2012)

## **INDICE**

**Art. 1 – Ambito di applicazione**

**Art. 2 – Le prestazioni socio sanitarie: definizione**

**Art. 3 – Le prestazioni socio sanitarie integrate**

**Art. 4 – I destinatari**

**Art. 5 – Accesso e erogazione dei servizi socio-sanitari integrati**

**Art. 6 - La Porta Unitaria di Accesso**

**Art. 7 – Richiesta d'accesso o segnalazione**

**Art. 8 – Presa in carico**

**Art. 9 – La proposta di ammissione**

**Art. 10 – L'Unità di Valutazione Integrata (UVI)**

**Art. 11 – Convocazione dell'UVI**

**Art. 12 – Compiti dell'UVI e l'individuazione del Responsabile del caso**

**Art. 13 – Il Progetto personalizzato**

**Art. 14 - L'erogazione del servizio socio-sanitario**

**Art. 15 - La dimissione protetta**

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

**Art. 17 – Entrata in vigore**

**Art. 18 - Norme di rinvio**

## Art. 1 – Ambito di applicazione

Il presente regolamento disciplina i criteri e le procedure per l'accesso e la erogazione dei servizi socio-sanitari integrati, ai sensi dell'art. 41 della L.R. Campania n. 11/07 e della D.G.R. Campania n. 41/2011, attraverso procedure unitarie e condivise tra l'ASL Caserta - Distretto Sanitario n. 17 e 18 e l'Ambito Territoriale C3.

## Art. 2 – Le prestazioni socio sanitarie: definizione

Le prestazioni socio sanitarie si dividono in tre tipologie:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
  - prestazioni sociali a rilevanza sanitaria;
  - prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione.
- La prima tipologia, *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, risponde alla necessità di mettere in atto prestazioni tese alla promozione della salute, alla prevenzione, all'individuazione, alla rimozione e al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite. Tutte queste prestazioni sono di competenza delle Aziende Sanitarie Locali e a carico delle stesse, inserite in progetti personalizzati ed erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali;
- La seconda tipologia di prestazioni si caratterizza per la forte componente sociale, da qui il nome di *prestazione sociale a rilevanza sanitaria*, correlata a particolari stati di bisogno dovuti a problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Queste prestazioni sono di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi;
- La terza tipologia prevede invece le *prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione*. Questa tipologia si configura per tutte quelle particolari situazioni in cui non è possibile definire la prevalenza dell'uno o dell'altro fattore sociale o sanitario poiché la complessità è tale da non poter scindere le due fattispecie. Per tali prestazioni l'entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza delle AA.SS.LL. e dei Comuni (DPCM 14.02.01 e allegato 1 C del DPCM 29.11.01).

## Art. 3 – Le prestazioni socio sanitarie integrate

Le prestazioni socio sanitarie integrate attengono prevalentemente alle aree:

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

Tali prestazioni si articolano in Prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali. L'Allegato 1C del DPCM del 29.11.01 così definisce le otto prestazioni oggetto di compartecipazione:

### Assistenza Domiciliare

1. **Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)** – comprese le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona [ prestazioni a domicilio di medicina generale, pediatria di libera scelta b) prestazioni a domicilio di medicina specialistica; c) prestazioni infermieristiche a domicilio d) prestazioni riabilitative a domicilio e) prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona f) prestazioni di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa]

### Assistenza semiresidenziale

2. **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali** – prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi;
3. **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani** – prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo;

### Assistenza residenziale:

4. **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie** – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale;
5. **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali** – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi;
6. **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali** – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi di sostegno familiare;
7. **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani** – prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo;
8. **Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone con infezione da HIV** – prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale.

### **Art. 4 – I destinatari**

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

### **Art. 5 – Accesso e erogazione dei servizi socio-sanitari integrati**

L'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti prestazioni socio sanitarie integrate avviene con procedure unitarie e condivise tra le UU.OO. del distretto sanitario e l'ufficio di piano ed i servizi programmati nel Piano di Zona attraverso

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

### **Art. 6 - La Porta Unitaria di Accesso**

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

La Porta Unica di Accesso (PUA) è una funzione territoriale attivata all'interno del Servizio di Segretariato Sociale presente in ogni Comune dell'Ambito ed all'interno della sede del distretto sanitario al fine di facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali previste dal Piano Sociale di Zona (PdZ) e dal Piano Attuativo Territoriale (PAT).

Il servizio si configura come una struttura di snodo dell'offerta dei servizi alla persona, attraverso sportelli unificati per l'accesso a tutti i servizi socio sanitari territoriali, con attenzione all'ascolto delle persone e vigilanza sul rischio di burocratizzazione del servizio.

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

Le principali funzioni sono informazione, orientamento, accompagnamento e presa in carico.

### **Art. 7 – Richiesta d'accesso o segnalazione**

La richiesta di accesso o segnalazione alla PUA può essere attivata:

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

La richiesta deve essere effettuata attraverso l'allegato modello (*cf. allegato 1*), approvato con D.G.R. Campania n. 41/2011.

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

### **Art. 8 – Presa in carico**

Gli attori della Porta Unitaria di Accesso devono discriminare il bisogno espresso dal cittadino (*valutazione di primo livello*) ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio e l'accompagnamento ai servizi - sanitari o sociali - o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata.

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

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

### **Art. 9 – La proposta di ammissione**

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

La Proposta di ammissione è predisposta su supporto informatico secondo il modello allegato (*cf. allegato 2*) e contiene, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso, le seguenti informazioni:

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

Nei casi di cui all'art. 15 la proposta di ammissione viene trasmessa al Direttore del Distretto dalla Direzione medica dell'Ospedale in cui è ricoverato il paziente unitamente ad una relazione clinica in cui, oltre alla diagnosi, viene indicata la data prevista per la dimissione ed i bisogni assistenziali della persona. La condizione di dimissibilità ed il rientro a domicilio devono essere condivisi ed approvati in sede di UVI in via preventiva rispetto alla dimissione.

In tali casi sarà rilevante l'assistente sociale competente per il caso che dovrà redigere la relazione sociale con informazioni relative alla situazione familiare ed alle reti di supporto. In particolare la relazione dovrà evidenziare le situazioni di eventuale assenza o impossibilità della rete parentale e/o amicale ad assistere il congiunto a domicilio, specificando la motivazione di tale indisponibilità.

#### **Art.10 – L'Unità di Valutazione Integrata (UVI)**

E' istituita l'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.), quale equipe socio-sanitaria multidisciplinare integrata, composta da personale dell'ASL e dell'Ambito territoriale. All'UVI devono partecipare i seguenti componenti:

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

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

Alle sedute è sempre invitato a partecipare il cittadino-utente, o suo familiare, il quale è coinvolto nella fase di formazione del Progetto personalizzato, nonché il Sindaco del Comune interessato o suo delegato. Possono essere invitati inoltre gli operatori di servizi esternalizzati o di altri servizi pubblici eventualmente coinvolti nella fase attuativa del Progetto personalizzato.

La composizione dell'UVI è oggetto di una comunicazione annuale alla Regione Campania da parte dell'Ambito territoriale, firmata dal Coordinatore dell'Ufficio di Piano e dal Direttore di Distretto Sanitario.

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

#### **Art. 11 – Convocazione dell'UVI**

Sulla base della proposta per l'ammissione alle prestazioni socio sanitarie di cui al precedente art. 9, il Direttore del Distretto Sanitario ed il Coordinatore dell'Ufficio di Piano concertano la convocazione dell'UVI. Se lo ritengono necessario possono chiedere chiarimenti o integrazioni alla proposta di ammissione, prima di procedere alla convocazione dell'UVI.

L'UVI è convocata per iscritto a firma congiunta o singola del Direttore del Distretto e del Coordinatore. Le convocazioni UVI a firma singola del Direttore sono inviate al cittadino-utente, o suo familiare, ai componenti per la parte sanitaria ed al Coordinatore dell'Ufficio di Piano, che provvede a convocare a sua volta i componenti per la parte sociale e ad invitare il Sindaco del Comune di residenza dell'utente. Le convocazioni UVI a firma singola del Coordinatore sono inviate al cittadino-utente, o suo familiare, ai componenti per la parte sociale ed al Direttore del Distretto Sanitario, che provvede a convocare a sua volta i componenti per la parte sanitaria.

L'UVI è generalmente convocata, salvo quanto previsto dall'ultimo comma, una volta alla settimana, in un giorno lavorativo, stabilito di comune accordo dal Direttore del Distretto ed il Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

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

Nel caso in cui il Coordinatore dell'Ufficio di Piano non possa sottoscrivere il Progetto Personalizzato per esaurimento dei fondi programmati nel Piano di Zona Sociale, la copertura della quota sociale del Progetto Personalizzato potrà essere assicurata per intero dall'utente o suo familiare/tutore con consenso informato e sottoscrizione di specifica dichiarazione.

In caso di assenza dell'Ambito territoriale alle sedute UVI si applica quanto previsto dalla DGRC n. 50/2012, Allegato 1, art.5 (modalità e valutazione congiunta nelle U.V.I.).

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

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

Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria, per ragioni di necessità ed urgenza assoluta ed indifferibile una presa in carico immediata. In questi casi l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie integrate potrà essere autorizzato per iscritto in via eccezionale congiuntamente dal Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano ovvero in caso di ADI disgiuntamente per quanto di competenza, e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di UVI.

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

La UVI svolge i seguenti compiti :

- a) effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali dell'assistito e del suo nucleo familiare (valutazione di secondo livello), applicando strumenti idonei e standardizzati (schede e scale di valutazione sanitaria e sociale: SVAMA);
- b) elabora il Progetto Personalizzato, tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. Il Progetto deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- c) individua tra i propri componenti il Responsabile del caso per garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dal Progetto personalizzato;
- d) individua il costo della prestazione autorizzata e stabilisce la percentuale di compartecipazione alla spesa socio sanitaria da parte dell'ASL e dell'Ambito/utente;
- e) trasmette il Progetto Personalizzato al Direttore Sanitario del Distretto e/o al Coordinatore dell'ufficio di piano per l'autorizzazione alla spesa di competenza, se non presenti in UVI;
- f) acquisisce il consenso formale del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato e al pagamento dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa;
- g) verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato;
- h) stabilisce le modalità di dimissione;
- i) provvede alla tenuta ed archiviazione dei fascicoli personali degli assistiti.

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

#### **ART. 13 – Il Progetto personalizzato**

Il Progetto Personalizzato definisce esplicitamente e in maniera analitica:

- gli obiettivi essenziali da raggiungere
- la tipologia della prestazione
- la data di avvio e la durata presumibile degli interventi
- tempi di verifica dell'andamento del Progetto
- i costi della prestazione e la ripartizione percentuale dei costi tra ASL e Ambito/utente

- il consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

Il Progetto deve prevedere:

- 1) Anamnesi del Medico di Medicina Generale (M.M.G.) o del Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.);
- 2) Anamnesi socio-ambientale del singolo e/o del nucleo familiare;
- 3) Diagnosi socio-sanitaria I.C.F. (International classification of Functioning Disability and Health);
- 4) Diagnosi sociale;
- 5) Individuazione risorse personali;
- 6) Individuazione risorse familiari (famiglia nucleare e allargata);
- 7) Individuazione risorse comunitarie;
- 8) Indicatore della situazione economica del singolo e/o del nucleo familiare di riferimento (I.S.E. e I.S.E.E.);
- 9) Obiettivi dell'intervento integrato;
- 10) Metodologia;
- 11) Prestazione sanitaria dettagliata e operatori coinvolti;
- 12) Prestazione sociale dettagliata e operatori coinvolti;
- 13) Eventuale impegno di risorse del terzo settore e operatori coinvolti;
- 14) Case Manager;
- 15) Tempistica;
- 16) Strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione;
- 17) Eventuali moduli, schede, protocolli, relazioni, certificazioni, frutto della professionalità, dell'esperienza, della competenza, dei componenti e/o delle unità operative e dei servizi che questi rappresentano.

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

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

L'utente ha la possibilità di:

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

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

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

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

#### **Art. 14 - L'erogazione del servizio socio-sanitario**

Alla definizione del Progetto personalizzato da parte dell'U.V.I. segue l'erogazione del servizio socio-sanitario autorizzato a cura del Distretto Sanitario e dell'Ambito territoriale.

Il Direttore del Distretto sanitario ed il Coordinatore dell'Ufficio di Piano in caso di progetti di assistenza residenziale e semiresidenziale sottoscrivono congiuntamente specifica autorizzazione secondo i modelli allegati (*cf. allegati 3 e 3bis*), mentre in caso di assistenza domiciliare provvedono in proprio ad attivare le prestazioni di competenza.

Con riferimento ai servizi di assistenza residenziale per i cittadini adulti sofferenti psichici, si applicano le disposizioni di cui alla DGRC n. 666 del 06.12.11. Nelle more di espletamento delle procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture denominate "Gruppo appartamento" e "Comunità alloggio" di cui alla richiamata DGRC n. 666/11, che tra l'altro concede alle strutture un termine di 12 mesi per l'adeguamento, al fine di garantire continuità assistenziale agli utenti già in carico, si utilizzerà l'albo

delle strutture denominate "Comunità Alloggio Convivenza" istituito a seguito di procedura di evidenza pubblica dall'ASL Caserta con deliberazione del Commissario Straordinario n. 231 del 29.05.2009 con rinegoziazione delle tariffe giornaliere.

#### **Art. 15 - La dimissione protetta**

La dimissione protetta è una sequenza di interventi integrati volti a facilitare la continuità delle cure tra l'ambito specialistico ospedaliero e l'ambito dell'assistenza primaria, rappresentato dalla rete dei servizi sociosanitari territoriali. La dimissione ospedaliera protetta (DOP) riguarda il trasferimento del paziente in fase immediatamente post-critica, dall'ospedale al territorio. La DOP è un "meccanismo" di tutela delle persone fragili, vale a dire persone a rischio per le seguenti situazioni:

- condizioni cliniche precarie, per le quali deve essere garantita la continuità delle cure;
- inadeguatezza socio-economica e/o della rete familiare, amicale e parentale.

Ha la finalità di favorire il rientro del paziente a domicilio (o l'invio presso una struttura a seconda del bisogno assistenziale e delle specifiche condizioni sociali) predisponendo un progetto assistenziale individualizzato e integrato con valenza sociale e sanitaria, costruito sul bisogno.

Il percorso della dimissione protetta deve garantire anche la tutela e l'accompagnamento della famiglia nella gestione della condizione di non autosufficienza, coinvolgendola nel percorso di cura.

La DOP viene indirizzata al domicilio nei seguenti casi:

- A) paziente stabilizzato ma in compenso labile, che necessita di monitoraggio clinico stretto nei primi giorni dopo la dimissione;
- B) paziente in condizioni di fragilità che rientra nel proprio ambiente di vita in presenza di idonea situazione igienico-sanitaria e con un'adeguata rete familiare di sostegno (familiare o altro soggetto in grado di sostenere in maniera efficace il ruolo di care-giver).

In assenza delle condizioni sub A) e sub B) la dimissione protetta viene indirizzata verso una struttura residenziale.

In ogni caso non si può procedere alla dimissione ospedaliera in assenza di preventivo accordo con i servizi territoriali e/o la rete familiare di supporto.

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

In conformità a quanto prescritto dal Decreto n. 77/11, modificato dal successivo Decreto n. 81/11, entrambi a firma del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario, dal 01.01.12 fino al 30.04.12, l'ASL Caserta continuerà ad effettuare il pagamento dell'intera prestazione, anticipando la quota di competenza dell'Ambito/ utente relativa alla prestazione sociosanitaria evidenziata nei Progetti personali approvati in UVI ed attuati.

A far data dal 01.05.12, salvo diverse disposizioni regionali o del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario le strutture che erogano prestazioni sociosanitarie soggette alla compartecipazione di cui all'allegato 1C del D.P.C.M. del 29.11.2001, e secondo le disposizioni di cui all'allegato C del Decreto Commissariale 6/2010, autorizzate ad attuare uno o più Progetti Personalizzati redatti dall'UVI devono, in base al richiamato Decreto n. 77/11 come s.m.i., fatturare alla ASL esclusivamente le tariffe dovute per la componente sanitaria, e all'Ambito la restante quota delle tariffe per la componente sociale.

E' inteso che l'eventuale quota di compartecipazione a carico dell'utente, da versarsi al Fondo Unico di Ambito (FUA), è calcolata in base a specifico Regolamento di Ambito approvato dal Coordinamento Istituzionale sulla tariffa dovuta per la competente sociale.

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

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

**Art. 17 – Entrata in vigore**

Il presente regolamento entra in vigore il giorno successivo all'approvazione da parte del Coordinamento Istituzionale e del Direttore Generale dell'ASL Caserta. Esso sarà aggiornato in relazione a successive disposizioni che saranno adottate a livello nazionale e regionale.

**ART. 18 - Norme di Rinvio**

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

## **Disciplinare per la compartecipazione alle prestazioni sociosanitarie**

### **Articolo 1**

#### **Oggetto del Disciplinare**

Il presente disciplinare stabilisce i criteri di determinazione della quota di compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni sociosanitarie erogate dai Comuni associati dell'Ambito socio sanitario C6. A tal fine esso fa esplicito riferimento a quanto disposto dalla L.R. 11/2007 e successive mod ed integr., dal D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 109 e successive integrazioni e dal DPCM del 29.11.2001.

### **Articolo 2**

#### **Ambito di applicazione**

Il presente disciplinare si applica alle sole prestazioni sociosanitarie agevolate, erogabili su domanda del cittadino interessato o suo tutore legale, per le quali la normativa nazionale prevede lo strumento della compartecipazione ai costi.

La compartecipazione a carico dei cittadini è esclusivamente riferita alle percentuali di spesa sociale sul costo della singole prestazioni sociosanitarie previste dal DPCM 29.11.2001 sui L.E.A. 3

### **Articolo 3**

#### **Criteri per la determinazione del nucleo familiare di riferimento**

La valutazione della situazione economica del richiedente è determinata, con riferimento al nucleo familiare, combinando i redditi ed i patrimoni di tutti i componenti, calcolati, nel rispetto della Tabella 1 allegata al D.Lgs. 31 marzo 1998, n.109, così come modificata dal D.Lgs. 130/2000.

Ai fini del presente disciplinare il nucleo familiare è composto dal richiedente medesimo, dai componenti la famiglia anagrafica ai sensi dell'art. 4 del Decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio n. 223 del 30/05/1989 e il Decreto del

Presidente del Consiglio dei Ministri n. 227 del 07/05/1999, e dai soggetti considerati a suo carico ai fini IRPEF anche se non convivente.

*In deroga al comma precedente, limitatamente ai servizi sociosanitari rivolti a persone con handicap permanente grave ed a persone ultrasessantacinquenni i cui requisiti siano stati certificati dalla ASL competente, per la determinazione della quota di compartecipazione alla spesa si deve tener conto della situazione economica del solo richiedente e non della situazione reddituale e del nucleo familiare.*  
*4) Nei casi in cui dal confronto tra l'I.S.E.E. del nucleo familiare e l'I.S.E.E. del soggetto richiedente, risulti più vantaggioso quello del nucleo familiare, essendo la "ratio" della norma quella di favorire il fruitore del servizio, deve essere preso in considerazione l'I.S.E.E. del nucleo familiare.*

Le prestazioni oggetto di compartecipazione ex DPCM 29.11.01 sono: Servizi di Assistenza Domiciliare

Integrata : 50% su prestazioni di assistenza tutelare e aiuto infermieristico.

Servizi semiresidenziali: 30% per disabili gravi su prestazioni diagnostiche terapeutiche e socioriabilitative; 50% per anziani non autosufficienti su prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità; 60% per persone con problemi psichiatrici su prestazioni terapeutiche e socioriabilitative a bassa intensità assistenziale;

Servizi residenziali: 30% per disabili gravi e 60% per disabili privi di sostegno familiare su prestazioni terapeutiche e socioriabilitative; 50% per anziani non autosufficienti su prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità; 30% per persone affette da AIDS su prestazioni di cura, riabilitazione, e trattamenti farmacologici.

- Per il calcolo dell'ISE si utilizza la seguente formula:
- $$ISE = R + 0,2 P$$
- Dove R è il reddito e P il patrimonio calcolati come di seguito specificato nei punti 1 e 2:
1. Il valore del reddito(R) si ottiene sommando, per ciascun componente il nucleo familiare:
    - a) il reddito complessivo ai fini IRPEF, quale risulta dall'ultima dichiarazione presentata (Unico: Rigo RNI 730: quadro calcolo IRPEF, Rigo 6), al netto dei redditi agrari relativi alle attività indicate dall'art. 2135 del Codice Civile svolte anche in forma associata, dai soggetti produttore agricoli titolari di partita IVA, obbligati alla presentazione della dichiarazione ai fini dell'IVA. In mancanza di obblighi di dichiarazione dei redditi, vanno assunti i redditi imponibili ai fini IRPEF risultanti dall'ultima certificazione rilasciata dai soggetti erogatori. Salvo diversa disposizione legislativa, non sono da computare gli emolumenti arretrati relativi a prestazione di lavoro o di pensione, il trattamento di fine rapporto (TFR) e le indennità equipollenti;
    - b) il reddito di lavoro prestato nelle zone di frontiere ed in altri Paesi limitrofi da soggetti residenti nel territorio dello Stato;
- Il richiedente la prestazione presenta un'unica dichiarazione sostitutiva di validità annuale. E' lasciata allo stesso la facoltà di presentare, prima della scadenza, una nuova dichiarazione, qualora intenda far rilevare mutamenti delle condizioni familiari ed economiche ai fini del calcolo ISEE.
- Il Comune terrà conto della variazione dal mese successivo.
- Il Comune potrà, a sua volta, richiedere una nuova dichiarazione quando intervengono rilevanti variazioni delle condizioni familiari ed economiche ai fini del calcolo ISEE.

#### Articolo 4

#### Determinazione del valore I.S.E.: criteri di valutazione della situazione reddituale

Per il calcolo dell'Indicatore della situazione economica (ISE) si utilizza la seguente formula:

$$ISE = R + 0,2 P$$

Dove R è il reddito e P il patrimonio calcolati come di seguito specificato nei punti 1 e 2:

1. Il valore del reddito(R) si ottiene sommando, per ciascun componente il nucleo familiare:
  - a) il reddito complessivo ai fini IRPEF, quale risulta dall'ultima dichiarazione presentata (Unico: Rigo RNI 730: quadro calcolo IRPEF, Rigo 6), al netto dei redditi agrari relativi alle attività indicate dall'art. 2135 del Codice Civile svolte anche in forma associata, dai soggetti produttore agricoli titolari di partita IVA, obbligati alla presentazione della dichiarazione ai fini dell'IVA. In mancanza di obblighi di dichiarazione dei redditi, vanno assunti i redditi imponibili ai fini IRPEF risultanti dall'ultima certificazione rilasciata dai soggetti erogatori. Salvo diversa disposizione legislativa, non sono da computare gli emolumenti arretrati relativi a prestazione di lavoro o di pensione, il trattamento di fine rapporto (TFR) e le indennità equipollenti;
  - b) il reddito di lavoro prestato nelle zone di frontiere ed in altri Paesi limitrofi da soggetti residenti nel territorio dello Stato;

\*Cfr. Dlgs 109/98 art.3 così come integrato dal Dlgs 130/2000 nonché giurisprudenza attuativa in materia a partire dalla Sentenza del TAR di Catania n. 42/2007

- c) i proventi derivanti da attività agricole, svolte anche in forma associata, per le quali sussiste l'obbligo di presentazione della dichiarazione IVA; a tal fine va assunta la base imponibile determinata ai fini dell'IRAP, al netto dei costi del personale a qualunque titolo utilizzato;
- d) il reddito da attività finanziarie, determinato applicando il tasso di rendimento annuo dei titoli decennali del Tesoro (4,06% per l'anno 2009) al patrimonio mobiliare;

2 Il valore del patrimonio (P) si calcola sommando, per ciascun componente il nucleo familiare, il patrimonio immobiliare e mobiliare:

a) patrimonio immobiliare

Il valore dei fabbricati e dei terreni edificabili e agricoli, intestati a persone fisiche diverse da imprese, quale definito ai fini ICI al 31/12 dell'anno precedente a quello di presentazione della dichiarazione sostitutiva, indipendentemente dal periodo di possesso nel periodo di imposta considerato. Dal valore così determinato si detrae l'ammontare dell'eventuale debito residuo, alla stessa data del 31 dicembre, per mutui contratti per i predetti fabbricati; in alternativa alla detrazione per il debito residuo del mutuo, è detratto, se più favorevole, il valore dell'abitazione principale, come sopra definito, nel limite di euro 100.000.000=. Se i componenti del nucleo risultano risiedere in più abitazioni la detrazione si applica su una di tali abitazioni, individuata dal richiedente.

Nel caso di possesso dell'abitazione principale in misura inferiore al 100% la detrazione sarà rapportata a detta quota.

b) patrimonio mobiliare

A fini della determinazione del patrimonio mobiliare devono essere considerate le componenti di seguito specificate, possedute alla data del 31 dicembre dell'anno precedente alla presentazione della dichiarazione sostitutiva di cui all'art. 10:

- Depositi e conti correnti bancari e postali, per i quali va assunto il valore del saldo contabile attivo, al netto degli interessi, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente alla presentazione della dichiarazione sostitutiva;
- Titoli di Stato, Obbligazioni, certificati di deposito e credito, buoni fruttiferi ed assimilati, per i quali va assunto il valore nominale delle consistenze alla data di cui al punto 1;
- Azioni o quote di organismi di investimento collettivo di risparmi italiani o esteri, per i quali va assunto il valore risultante dall'ultimo prospetto redatto dalla società di gestione alla data di cui al punto 1;
- Partecipazioni azionarie in società non quotate in mercati regolamentati e partecipazioni in società non azionarie, per i quali va assunto il valore della frazione del patrimonio netto, determinato sulla base delle risultanze dell'ultimo bilancio approvato anteriormente alla presentazione della dichiarazione sostitutiva di cui all'art. 9, ovvero in caso di esonero dall'obbligo di redazione del bilancio, determinato dalla somma delle rimanenze finali e dal costo complessivo dei beni ammortizzabili al netto di relativi ammortamenti, nonché degli altri cespiti o beni patrimoniali;
- Masse patrimoniali, costituite da somme di denaro o beni non relativi all'impresa affidate in gestione ad un soggetto abilitato ai sensi del D.Lgs. n. 415 del 1996, per le quali va assunto il valore delle consistenze risultanti dall'ultimo rendiconto predisposto, secondo i criteri stabiliti dai regolamenti emanati dalla Commissione Nazionale per le società e la Borsa, dal gestore del patrimonio anteriormente alla data di cui al punto 1;
- Altri strumenti e rapporti finanziari per i quali va assunto il valore decorrente alla data di cui al punto 1, nonché contratti di assicurazione mista sulla vita e di capitalizzazione per i quali va assunto l'importo dei premi complessivamente versati a tale ultima data; sono esclusi i contratti di assicurazione mista sulla vita per i quali alla medesima data non è esercitabile il diritto di riscatto;

- Imprese individuali per le quali va assunto il valore del patrimonio netto, determinato con le stesse modalità indicate al punto 5;
- Dalla somma dei valori del patrimonio mobiliare si detrae, fino a concorrenza, una franchigia di Euro 15.493,70.
- L'importo così determinato (patrimonio immobiliare + patrimonio mobiliare) è moltiplicato per lo specifico coefficiente di 0,2.

**Articolo 5**  
**Determinazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE)**

L'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) è calcolato sulla base della seguente formula:

$$ISEE = ISE / S$$

dove S tiene conto della composizione del nucleo familiare secondo la seguente scala di equivalenza:

- Componenti nucleo familiare Valore di S**
- 1 1,00
  - 2 1,57
  - 3 2,04
  - 4 2,46
  - 5 2,85

1. Il parametro S viene maggiorato nel modo seguente:
- + 0,35 per ogni ulteriore componente del nucleo familiare;
  - + 0,20 in caso di presenza nel nucleo di un solo genitore e figli minore,
  - + 0,50 per ogni componente con handicap psicofisico permanente di cui all'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992 o d'invalidità superiore al 66%;
  - + 0,20 per i nuclei familiari con figli minori in cui entrambi i genitori svolgono attività di lavoro o d'impresa. La maggiorazione spetta quando i genitori risultino titolari di reddito per almeno 6 mesi nel periodo afferente la dichiarazione sostitutiva. Spetta altresì al nucleo composto da un genitore ed un figlio minore, purché il genitore dichiari un reddito di lavoro dipendente o d'impresa per almeno 6 mesi.

**Articolo 6**  
**Ulteriori criteri per la compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni**

In applicazione alla norma di cui all'art. 3 comma 2 del D.Lgs. 31 marzo 1998 n. 109, così come modificato dal D.Lgs 3 maggio 2000 n. 130, ai fini della determinazione della quota di compartecipazione al costo delle prestazioni sociali, il valore I.S.E.E. può essere valutato congiuntamente agli ulteriori indicatori qui di seguito riportati:

- a) Beni mobili registrati (automobili, motocicli, motoveicoli ecc.)
- b) aerei
- c) elicotteri

Con successivi atti potranno essere specificati ulteriori modalità del calcolo della compartecipazione che tengano conto del possesso dei beni citati nel precedente comma.

Viene prevista inoltre la facoltà di scelta da parte degli anziani non autosufficienti e dei disabili gravi di optare per la scelta ritenuta più vantaggiosa in merito al valore del reddito, quindi se va calcolato sul nucleo familiare di riferimento o sul solo richiedente.

#### Articolo 7

##### Determinazione della quota di compartecipazione al costo dei servizi domiciliari e Semiresidenziali

Per la determinazione della compartecipazione al costo dei servizi sociosanitari di tipo domiciliare e semiresidenziale si procede individuando:

- a) la soglia ISEE al di sotto della quale il soggetto richiedente la prestazione è esentato da ogni forma di compartecipazione al costo del servizio corrispondente al 160% dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS, pari ad Euro 9.721,60 per il 2011. [Tale soglia d'esenzione è da considerarsi altresì come una quota che rimane in disponibilità all'assistito indipendentemente dal numero o dalla quantità di servizi utilizzati.];
- b) la soglia ISEE al di sopra della quale il soggetto richiedente la prestazione è tenuto a corrispondere per intero il costo unitario del servizio previsto dall'ente è fissata in 4,35 volte la l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS (a seconda del tipo di servizio e di quanto si voglia incentivare la domanda) pari a € 26.430,76 per il 2011;
- c) Per qualsiasi valore I.S.E.E. compreso tra le soglie di cui ai precedenti punti a) e b) il soggetto richiedente la prestazione sarà tenuto a corrispondere una quota di compartecipazione al costo del servizio strettamente correlata alla propria situazione economica e scaturente dalla seguente formula:

$$Comp_{ij} = I.S.E.E.i * CS_0 / I.S.E.E.o$$

dove:

$Comp_{ij}$  rappresenta la quota di compartecipazione del soggetto  $i$  relativa alla prestazione sociale  $j$ ;

$I.S.E.E.i$  rappresenta l'indicatore della situazione economica equivalente del richiedente;

$CS_0$  rappresenta il costo unitario della prestazione sociale agevolata;

$I.S.E.E.o$  rappresenta la soglia massima dell'indicatore situazione economica equivalente oltre la quale è previsto il pagamento della prestazione sociale agevolata.

Nel caso di calcolo della quota di compartecipazione sulla base del solo reddito del richiedente nel calcolo della formula al valore  $I.S.E.E.i$  va sostituito il reddito individuale

#### Art. 8

##### Determinazione della quota di compartecipazione al costo dei servizi residenziali

Per la determinazione della compartecipazione al costo dei servizi residenziali, per i soggetti richiedenti non titolari d'indennità di accompagnamento, si applicano i criteri previsti all'art. 7.

Per i soggetti titolari della indennità di accompagnamento, si procede come segue:

a) Nell'ipotesi in cui il soggetto richiedente sia titolare di indennità di accompagnamento, legge 11 febbraio 1980, n. 18, e risulti titolare di un reddito individuale (o I.S.E.E. laddove più vantaggiosa) inferiore alla soglia di esenzione così come definita all'art. 7 del presente regolamento, la quota di compartecipazione per l'accesso ai servizi residenziali sociosanitari è al limite pari al 75% della indennità stessa.

b) Nell'ipotesi in cui il soggetto richiedente sia titolare dell'indennità di accompagnamento, legge 11 febbraio 1980, n. 18, e risulti titolare di un reddito individuale (o I.S.E.E. laddove più vantaggioso) superiore alla soglia di esenzione e inferiore alla soglia massima di cui all'art. 7, l'indennità di

L'accesso ai servizi sociosanitari, avviene esclusivamente previa valutazione del bisogno e redazione di un progetto personalizzato da parte delle Unità di Valutazione Integrate.5  
 La richiesta di accesso ai servizi deve essere corredata della "Dichiarazione Sostitutiva Unica", e può essere presentata indifferentemente o al Distretto Sanitario o al Segretariato Sociale del Comune di residenza., che provvedono all'istruttoria del caso ed alla convocazione dell'Unità di Valutazione Integrata.  
 Hanno diritto di accesso prioritario, a parità di condizioni di bisogno, i soggetti in condizione di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico o psichico.  
 La domanda deve essere formalizzata attraverso apposita modulistica adottata dall'Ambito Territoriale in conformità alle disposizioni di cui alle delibere di Giunta Regionale n.323 e 324 del 03.07.2012, dalla quale risultino specificati il servizio richiesto, i dati identificativi del richiedente, il valore ISE ed ISEE risultanti dalla dichiarazione sostitutiva di cui al successivo articolo e la situazione rispetto all'indicatore di reddito presunto indicato nei precedenti art. 7 e 8 e agli ulteriori criteri relativi alla capacità di spesa indicati nell'art. 6.  
 Il richiedente dovrà altresì esprimere consenso scritto al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, ai sensi Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.  
 I dati personali, nel rispetto delle norme che tutelano la privacy sono utilizzati dall'Ufficio Servizi Sociali e dal Distretto Sanitario per lo svolgimento del

**Articolo 9**  
**Modalità di accesso**

L'accesso ai servizi sociosanitari, avviene esclusivamente previa valutazione del bisogno e redazione di un progetto personalizzato da parte delle Unità di Valutazione Integrate.5  
 La richiesta di accesso ai servizi deve essere corredata della "Dichiarazione Sostitutiva Unica", e può essere presentata indifferentemente o al Distretto Sanitario o al Segretariato Sociale del Comune di residenza., che provvedono all'istruttoria del caso ed alla convocazione dell'Unità di Valutazione Integrata.  
 Hanno diritto di accesso prioritario, a parità di condizioni di bisogno, i soggetti in condizione di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico o psichico.  
 La domanda deve essere formalizzata attraverso apposita modulistica adottata dall'Ambito Territoriale in conformità alle disposizioni di cui alle delibere di Giunta Regionale n.323 e 324 del 03.07.2012, dalla quale risultino specificati il servizio richiesto, i dati identificativi del richiedente, il valore ISE ed ISEE risultanti dalla dichiarazione sostitutiva di cui al successivo articolo e la situazione rispetto all'indicatore di reddito presunto indicato nei precedenti art. 7 e 8 e agli ulteriori criteri relativi alla capacità di spesa indicati nell'art. 6.  
 Il richiedente dovrà altresì esprimere consenso scritto al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, ai sensi Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.  
 I dati personali, nel rispetto delle norme che tutelano la privacy sono utilizzati dall'Ufficio Servizi Sociali e dal Distretto Sanitario per lo svolgimento del

La dichiarazione sostitutiva, redatta dal richiedente o dal familiare, è presentata al richiedente la prestazione assistenziale, e deve essere presentata in un numero di copie sufficiente a garantire la verifica della veridicità delle dichiarazioni. La dichiarazione sostitutiva deve essere presentata in un numero di copie sufficiente a garantire la verifica della veridicità delle dichiarazioni. La dichiarazione sostitutiva deve essere presentata in un numero di copie sufficiente a garantire la verifica della veridicità delle dichiarazioni.

Il richiedente potrà presentare una nuova dichiarazione sostitutiva prima della scadenza in caso di variazione della propria situazione familiare e/o patrimoniale.

Il procedimento di istruttoria, valutazione del caso, definizione del progetto personalizzato, erogazione del servizio, monitoraggio e valutazione. A tal fine i dati possono essere comunicati ad altri soggetti coinvolti nel procedimento.

L'Unità di Valutazione Integrata valuta le condizioni di bisogno assistenziale del soggetto per l'ammissione al servizio, e redige apposito verbale.

L'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza, provvede a comunicare al soggetto interessato l'esito della valutazione, ed in caso di ammissione della richiesta, la data di attivazione del servizio e la eventuale quota di compartecipazione a suo carico.

L'attivazione del servizio avviene esclusivamente previa sottoscrizione del consenso informato da parte dell'utente sull'eventuale quota di compartecipazione ascrivita a suo carico.

### Articolo 10 Dichiarazione Sostitutiva Unica

La dichiarazione sostitutiva concernente la situazione reddituale e patrimoniale del richiedente la prestazione agevolata, nonché quella di tutti i componenti il nucleo familiare andrà redatta conformemente al modello-tipo di cui all'articolo 4, comma 6, del decreto legislativo n 109 del 1998 e smi.

Il dichiarante potrà presentare una nuova dichiarazione sostitutiva prima della scadenza in caso di variazione della propria situazione familiare e/o patrimoniale.

### Articolo 11 Controlli

Il Comune controllerà, anche a campione, la veridicità della situazione familiare dichiarata e confronterà i dati patrimoniali e reddituali dichiarati dai soggetti ammessi alle presentazioni con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Il Comune rilascia, solo su richiesta dell'interessato, un'attestazione riportante il contenuto della dichiarazione e gli elementi informativi necessari per il calcolo della situazione economica equivalente. Qualora nei controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, l'ente adotta ogni misura utile atta a sospendere, revocare e a recuperare i benefici concessi.

L'Amministrazione comunale può prevedere ulteriori controlli attraverso il corpo di polizia municipale.

### Articolo 12 Pubblicità del Disciplinare

Copia del presente disciplinare, ai sensi dell'art. 22 della Legge 7/8/1990, n. 241, sarà tenuta a disposizione del pubblico perché ne possa prendere visione in qualsiasi momento.

Letto confermato e sottoscritto

IL PRESIDENTE  
dott. Francesco Morelli



IL SEGRETARIO COMUNALE  
dott. Marco Verdicchio

### CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

ATTESTA

Si attesta che il presente deliberazione è all'Albo Pretorio Comunale conforme all'originale dal \_\_\_\_\_  
e vi rimarrà pubblicata per quindici giorni consecutivi \_\_\_\_\_ ai sensi dell'art. 124, comma 1, del D.lgs. 18  
agosto 2000 n. 267



Il Responsabile del Servizio  
Aniello Marsilio

### ESECUTIVITA'

IL SEGRETARIO COMUNALE

dà atto che la deliberazione di cui al presente verbale è immediatamente eseguibile a far data dall'approvazione, ai  
sensi del IV comma dell'art. 134 del D.Lgs. 267/2000  
- attesta che la deliberazione di cui al presente verbale diventa esecutiva alla data di cui al 3° comma dell'art. 134  
del D.lgs 267/2000



Il Segretario Comunale  
Dott. Marco Verdicchio

### CERTIFICAZIONE

La presente è copia conforme all'originale esistente agli atti dell'ufficio.

Viene rilasciata copia per uso

- ( ) amministrativo
- ( ) consigliere Comunale
- ( ) altro .....

Succivo li : .....

il responsabile del servizio  
.....

