

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'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;

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;

CS₀ 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

Il calcolo della formula al valore I.S.E.E._i va sostituito il reddito individuale del richiedente, 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 relativa alla situazione familiare 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.

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.

Qualora nei casi di cui all'articolo 4, comma 6, del decreto legislativo n. 109 del 1998 e smi, sia necessario procedere al pagamento di somme a carico del beneficiario, l'ente adotta ogni misura utile a sospendere, revocare o a recuperare i benefici concessi.

Articolo 10

Dichiarazione Sostitutiva Unica

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

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.