

Immediatamente eseguibile

COMUNE DI SORRENTO  
Provincia di Napoli

ORIGINALE DI VERBALE DELIBERAZIONE CONSILIARE

N. 74 DEL 28.9.2012

OGGETTO: Regolamento per l'accesso, la valutazione, l'erogazione e la compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni socio sanitarie ai sensi della D.G.R.,C. 41/11 e del Decreto Commissario ad acta 6/10 e ss.mm.ii. -

L'anno duemiladodici e questo giorno ventotto del mese di settembre alle ore 10,00 nella sala delle adunanze consiliari della Casa Comunale a seguito di invito diramato in data 24 settembre 2012 prot. n. 39401 dal Presidente del C.C. ACAMPORA Mario si è riunito il Consiglio Comunale in sessione straordinaria pubblica, di seconda convocazione.

Presiede la seduta il Consigliere comunale ACAMPORA Mario nella qualità di Presidente del C C.s

Dei Consiglieri comunali sono presenti n. 13 oltre il Sindaco ed assenti n. 7.

N.  
D'Ord. COGNOME E NOME

N.  
D'Ord. COGNOME E NOME

CUOMO Giuseppe - SINDACO presente.

1	COPPOLA Massimo		
2	MORETTI Emilio		
3	DE MARTINO Gianlui i		
4	FIorentino Lorenzo		
5	VITTORIA Giuse e		SI
6	ACAMPORA Mario		
7	TERMINIELLO Antonino		
8	GARGIULO Umberto		
9	GARGIULO Mariano		SI
10	MARZUILLO Emiliostefano		

11	MARESCA Antonino		SI
12	RUSSO Francesco Saverio		
13	ACAMPORA Alessandro		
14	SCHISANO Alessandro		
15	AVERSA Giovanni		
16	PANE Antonino		
17	CIAMPA Gu lielmina		
18	SCARPATO Steven		
19	MAURO Lui i		
20	FIorentino Rosario		

Giustificano l'assenza i Sigg.ri Consiglieri comunali: ACAMPORA Alessandro.

Partecipano alla seduta gli Assessori: STINGA Giuseppe — DE ANGELIS Maria Teresa ... APREDA Raffaele - GARGIULO Federico - GARGIULO Mario - CUOMO Federico.

Partecipa il Segretario Generale Dott.ssa INSERRA Elena, incaricato della redazione del verbale.

Il Presidente constatato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la seduta ed invita i presenti alla trattazione dell'argomento in oggetto.

Il Presidente introduce l'argomento avente per oggetto "Regolamento per l'accesso, la valutazione, l'erogazione e la compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni socio sanitarie ai sensi della D.G.R.C. 41/1 1 e del Decreto Commissario ad acta 6/10 e ss.mm.ii."

#### IL CONSIGLIO COMUNALE

**VISTA** la proposta di deliberazione che si allega;

**VISTO** il parere di regolarità tecnica ex art.49 del Decreto Legislativo n.267/2000 che si allega;

**VISTO** il parere di regolarità contabile ex art.49 del Decreto Legislativo n.267/2000 che si allega;

**VISTO** il parere del Collegio dei Revisori che si allega;

**UDITI** gli interventi riportati nel testo del resoconto integrale della seduta. trascritto dai nastri registrati, che si allega alla presente per farne parte integrante e sostanziale;

**DATO ATTO** che nel corso della seduta odierna il Presidente del Collegio dei Revisori ha presentato al Presidente del C.C. l'allegata nota con la quale trasmette parere in sostituzione di quello presentato il 24.9.2012 prot. 39345 che per mero errore di stampa non riportava "Parere Favorevole".

con la seguente votazione espressa per alzata di mano:

Consiglieri presenti: n. 13 oltre il Sindaco

Consiglieri assenti: n.7

Voti favorevoli: n. 11

Voti contrari: n.0

Astenuti: n. 3 (MAURO Luigi — SCHISANO Alessandro — CIAMPA Guglielmina)

#### **DELIBERA**

in conformità della proposta.

#### IL CONSIGLIO COMUNALE

con la seguente successiva e separata votazione espressa per alzata di mano:

Consiglieri presenti: n, 13 oltre il Sindaco

Consiglieri assenti: n. 7

Voti favorevoli: n. 11

Voti contrari: n.0

Astenuti: (MAURO Luigi SCHISANO Alessandro - CIAMPA Guglielmina)

## **DELIBERA**

di rendere la presente delibera immediatamente eseguibile ai sensi e per gli effetti dell'art. 134 del Decreto Legislativo n.267/2000.

\* Chiuso alle ore 14,30 \*

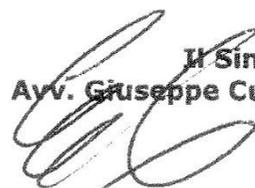


Il Sindaco, sulla scorta della relazione istruttoria che si allega al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale,

**PROPONE alla C.C.**

Di approvare l'allegata proposta di Regolamento per [l'Accesso, la Valutazione, l'Erogazione e la Compartecipazione degli Utenti al Costo delle Prestazioni Socio Sanitarie ai sensi della D.G.R.C. 41/11 e del Decreto Commissario ad acta 6/10 e ss.mm,ii. che si allega a parte presente per formarne parte integrale e sostanziale.

Di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile,

  
Il Sindaco  
Avv. Giuseppe Cuomo



## RELAZIONE ISTRUTTORIA

**OGGETTO: APPROVAZIONE REGOLAMENTO PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE, L'EROGAZIONE E LA COMPARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI AL COSTO, DELLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE AI SENSI DELLA D.G.R.C. 41/11 E DEL DECRETO COMMISSARIO AD ACTA 6/10 E SS.MM.II.**

IL DIRIGENTE DEL I DIPARTIMENTO E IL COORDINATORE DELL'UFFICIO DI PIANO DI ZONA

### PREMESSO:

Che l'arte 131 del D.lgs. 112/98 conferisce alle Regioni ed ad altri Enti Locali tutte le funzioni ed i compiti amministrativi nel settore dei Servizi Sociali;

Che la L. 328/00, L.R. 11/07 e il Regolamento di Attuazione della Legge 11/2007 approvato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania N. 16 del 23/11/2009 individuano il Piano Sociale di Zona come uno strumento fondamentale per la realizzazione delle politiche di intervento nel settore sociale e socio-sanitario

Che la Giunta Regionale della Campania con deliberazione 1824 del 4 maggio 2001, ha "determinato gli Ambiti Territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete".

Che il Comune di Sorrento, Comune Capofila dell'Ambito Territoriale Napoli Tredici F con D.C.C, n. 23 del 07 giugno 2011, hanno approvato la Convenzione per la gestione associata del Piano Sociale di Zona, e l'Accordo di Programma per la Gestione Integrata e per la Gestione delle attività di Integrazione Socio Sanitaria:

Che, relativamente alla 2<sup>a</sup> annualità del triennio 2009-2011 di attuazione del 1<sup>o</sup> Piano Sociale Regionale, il Comune di Sorrento, Capofila dell'Ambito Territoriale Napoli Tredici, con Delibera di C.C. n. 23 del 07/06/2011, hanno approvato il Progetto annuale esecutivo.

Che il D.lgs 229/99 e i successivi atti di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie (D.D.P.C.M. 14/02/01 e 29/11/01) definiscono le "prestazioni socio-sanitarie" come le attività atte a soddisfare mediante percorsi integrati, i bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Che il Quadro Strategico Nazionale per la Politica Regionale di Sviluppo 2007Q013 (QSN), approvato con Delibera CIPE n. 174 del 22/12/2006 ed adottato con decisione della Commissione Europea n. C (2007) 3329 del 13/07/2007, definisce, per le Regioni del



Mezzogiorno, quattro obiettivi di servizio, quali obiettivi strategici per il miglioramento ed innalzamento della qualità della vita dei cittadini, indicando altresì il target vincolante e gli indicatori per misurare il raggiungimento dei singoli obiettivi definiti;

Che tra i quattro obiettivi previsti dal Q.S.N. figura l'obiettivo di Servizio n.2 <sup>1\*</sup>"Aumentare i Servizi di cura alla persona per alleggerire i carichi familiari e innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro" per la cui misurazione sono declinati 3 indicatori, tra i quali è definito l'indicatore S 06 "incrementare il numero di anziani in assistenza domiciliare integrata";

Che la L.R. 11/07 "Legge per la Dignità e la Cittadinanza Sociale", attuativa della Legge Quadro n. 328/00, norma i principi generali per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali e sociosanitari, e in tale ambito normativo si delinea la prospettiva di realizzazione dell'Obiettivo di Servizio 2 fissato dal Q.S.N, e del relativo indicatore S 06 "incrementare il numero di anziani in assistenza domiciliare integrata";

Che con il decreto n. 6 del 04/02/2010 del commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro del settore sanitario, sono state approvate le tariffe per prestazioni erogate da Residenze Sanitarie Assistite e Centri Diurni ai sensi della L.R. 8/2003;

Che con il decreto commissariale n. 6 del 04/02/2010 sono state adottate, altresì, le "Linee di indirizzo in materia di compartecipazione sociosanitaria" (allegato C) che prevedono la possibilità, di fatto esercitata, di anticipare da parte delle AA.SS.LL\$ alle succitate strutture l'intero importo delle rette con carico di recupero dai Comuni e/o cittadini;

Che con il decreto n. 77 del 11/11/2011 del commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario, sono stati emanati chiarimenti ed integrazioni relativi alla procedura per l'applicazione della compartecipazione alla spesa delle prestazioni sociosanitarie, di cui al decreto commissariale n. 6 del 04/02/2010;

Che il tema dell'integrazione sociosanitaria, che coinvolge diverse competenze istituzionali territoriali, in assenza di una determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117 Cost.), è completamente regolato dal Titolo V della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11;

Che nei suoi principi generali la legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11, ispirandosi al tema dell'appropriatezza, riconosce, promuove e sostiene l'integrazione sociosanitaria, quale strategia in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi dei cittadini, che coinvolgono sia problemi di salute che di tutela sociale, garantendo l'uniformità su tutto il territorio regionale dei livelli essenziali di assistenza;

## CONSIDERATO:

La D.G.R.C. 2006/04 di indirizzo sull'assistenza residenziale, semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza";



Le Linee Guida sul sistema dei servizi domiciliari, approvate con D5GR.Cs 41/11 "Il Sistema dei servizi domiciliari in Campania — linee guida regionali";



La D.G.RECZ 50/12 "Compartecipazione alla spesa delle prestazioni sociosanitarie in attuazione del Titolo V della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 Provvedimenti a seguito dei decreti n.77/2011 e n. 81/2011 del commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario",

Le Circolari Regionali protz n« 0572949 del 25/07/2012 "Compartecipazione afa spesa delle prestazioni sociosanitarie —ex DGRC n. 50 del 28/02/2012 e Decreto Dirigenziale n. 285 del 26/03/2012 e prota n. 0614434 del 09/08/2012 "Circolare esplicativa e indirizzi in merito alla compartecipazione alle prestazioni sociosanitarie di cui al DPCM 29/11/2001 e DGRC 50 del 28/02/2012;

Che il Coordinamento Istituzionale dei Comuni dell'Ambito Territoriale Napoli Tredici, nel corso della riunione del 20/08/2012, il cui verbale è depositato agli atti dell'Ufficio di Piano di Zona, ha approvato lo schema di Regolamento per l'Accesso, la Valutazione, l'Erogazione e la Compartecipazione degli Utenti al Costo, delle Prestazioni Socio Sanitarie ai sensi della D.G.R.41/11 e del Decreto Commissario ad acta 6/10 e ss.mm.ii.,

Che per accedere ai finanziamenti regionali di cui alla n.50 del 2012 risulta improcrastinabile per i Comuni Associati all'Ambito Territoriale Napoli Tredici dotarsi del presente regolamento da consegnare tassativamente entro il 30 Agosto 2012;

Che il non rispetto delle prescrizioni comporterebbe grave nocimento per il bilancio degli enti associati, nonché esporrebbe l'ente ad eventuali ricorsi in materia di livelli essenziali delle prestazioni (Lep) costituzionalmente riconosciuti,

Vista la Deliberazione della Giunta Municipale 198 del 28 agosto 2012 ad oggetto Approvazione Regolamento per l'Accesso, la Valutazione -l'Erogazione e la Compartecipazione degli Utenti al Costo delle Prestazioni socio sanitarie ai sensi della DGRC., 41/11 e del Decreto Commissario ad acta 6/10 e ss.mm.ii.: proposta al Consiglio.

### **RITIENE OPPORTUNO**

Proporre al Consiglio Comunale l'approvazione del Regolamento per l'Accesso, Valutazione, l'erogazione e la Compartecipazione degli Utenti ai Costo, delle Prestazioni Socio Sanitarie a; sensi della D.GER.C. 41/11 e del Decreto Commissario ad acta 6/10 e ssm presente per formarne parte integrale e sostanziale.

Il Dirigente del I Dipartimento  
Dott. Antonino Giammarino

Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano di Zona  
Dott. Gerardo Izzo

REGOLAMENTO PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE, L'EROGAZIONE E LA  
COMPARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI AL COSTO, DELLE PRESTAZIONI SOCIO  
SANITARIE AI SENSI DELLA D G.R.C.. 41/11 E DEL DECRETO COMMISSARIO AD ACTA  
6/10 E  
SS.MMII..

## Premessa

Il DFS 229/99 e i successivi atti di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni - socio sanitarie (DDPÉCAM, 14/02/01 e 29/11/01) definiscono le "prestazioni sociosanitarie" come le attività atte a soddisfare, mediante percorsi integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

L'integrazione socio-sanitaria si realizza a tre principali livelli:

- **livello istituzionale** attraverso la collaborazione operativa fra istituzioni diverse quali ASL, e Enti Locali dell<sup>S</sup>A6T, attraverso il PSZ.;
- **livello gestionale**, attraverso l'integrazione delle risorse umane e materiali delle diverse istituzioni;
- **livello professionale**, attraverso la condivisione di percorsi sanitari e SOCIO assistenziali in un lavoro in cui le diverse professionalità impegnate siano compartecipi di uno stesso progetto.

In sintesi, l'integrazione socio sanitaria consiste nel mettere in rete le risorse umane, professionali e strutturali di un territorio per rispondere al bisogno globale di salute dei cittadini/utenti.

Si tratta di elaborare un nuovo "welfare" mirato essenzialmente a soddisfare la domanda complessa di benessere che non può essere parcellizzata in risposte sanitarie e risposte sociali

Allo stesso tempo, il nuovo welfare deve mirare ad eliminare la duplicazione degli interventi e lo spreco delle risorse (prestazioni improprie, ecc.) presenti sul territorio (A\*S.L, Ente Locale dell'AsT, attraverso il P.SZ., Terzo Settore, ecc.).

L'integrazione socio sanitaria, in definitiva, consente di tradurre i bisogni complessi del cittadino/utente e operare in una logica del "prendersi cura" e non del "prescrivere la cura",

Per favorire la programmazione sociosanitaria congiunta tra AASS.LL., e Enti Locali Part\* 41 della L. R. 11/07 e ss.mm.iü prescrive l'Elaborazione di un Regolamento condiviso tra ASL e Ente Locale per accesso, valutazione e presa in carico degli utenti per tutti i servizi sociosanitari.

In particolare, per definire con esattezza le competenze in capo ai Comuni Associati dell'Ambito Territoriale ed ai Distretti Sanitari, la Giunta Regionale ha ritenuto di definire in dettaglio le procedure per l'accesso ai servizi sopra richiamati.

A questo proposito si richiamano la DGR.C. 2006/04, il Decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario le Linee Guida sul sistema dei servizi domiciliari, approvate con D.G.R.C. 41/11, la L.R. 11/07 e ss.mm.ii., con particolare riferimento al Titolo V, i Decreti Regionali 77/11 e 81/11, la D.GR.C. 50/129 il Decreto Attuativo Regionale 285/12, le Circolari Regionali prott. 0572949/12 e 0614434/12, e successive modifiche ed integrazioni, che il presente Regolamento recepisce integralmente.

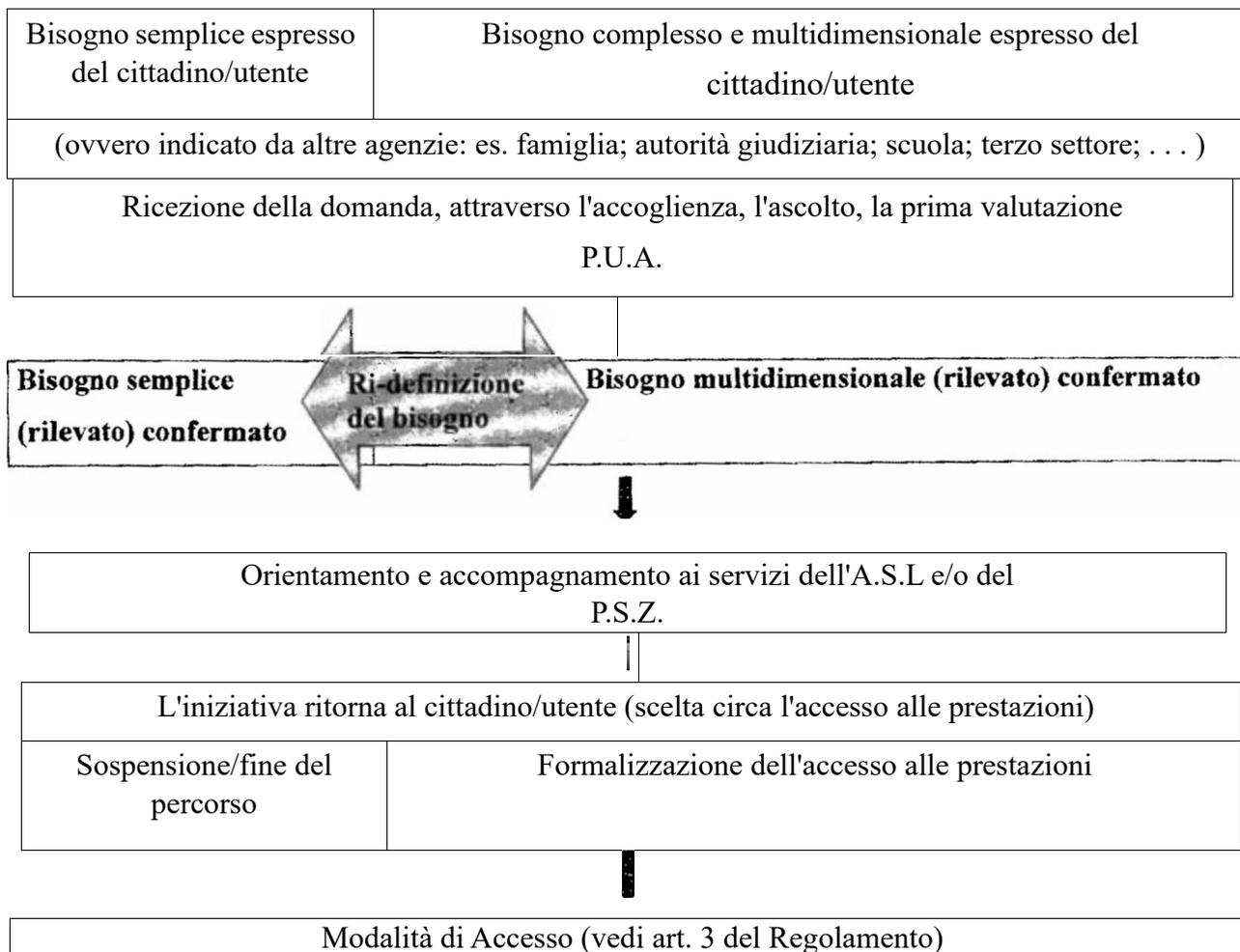
Lo schema che segue, e che conclude la premessa, descrive i processi di integrazione sociosanitaria disciplinati dall'articolato del presente regolamento.

LA COMPARTICIPAZIONE DEGLI UTENTI AL COSTO,

DELLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

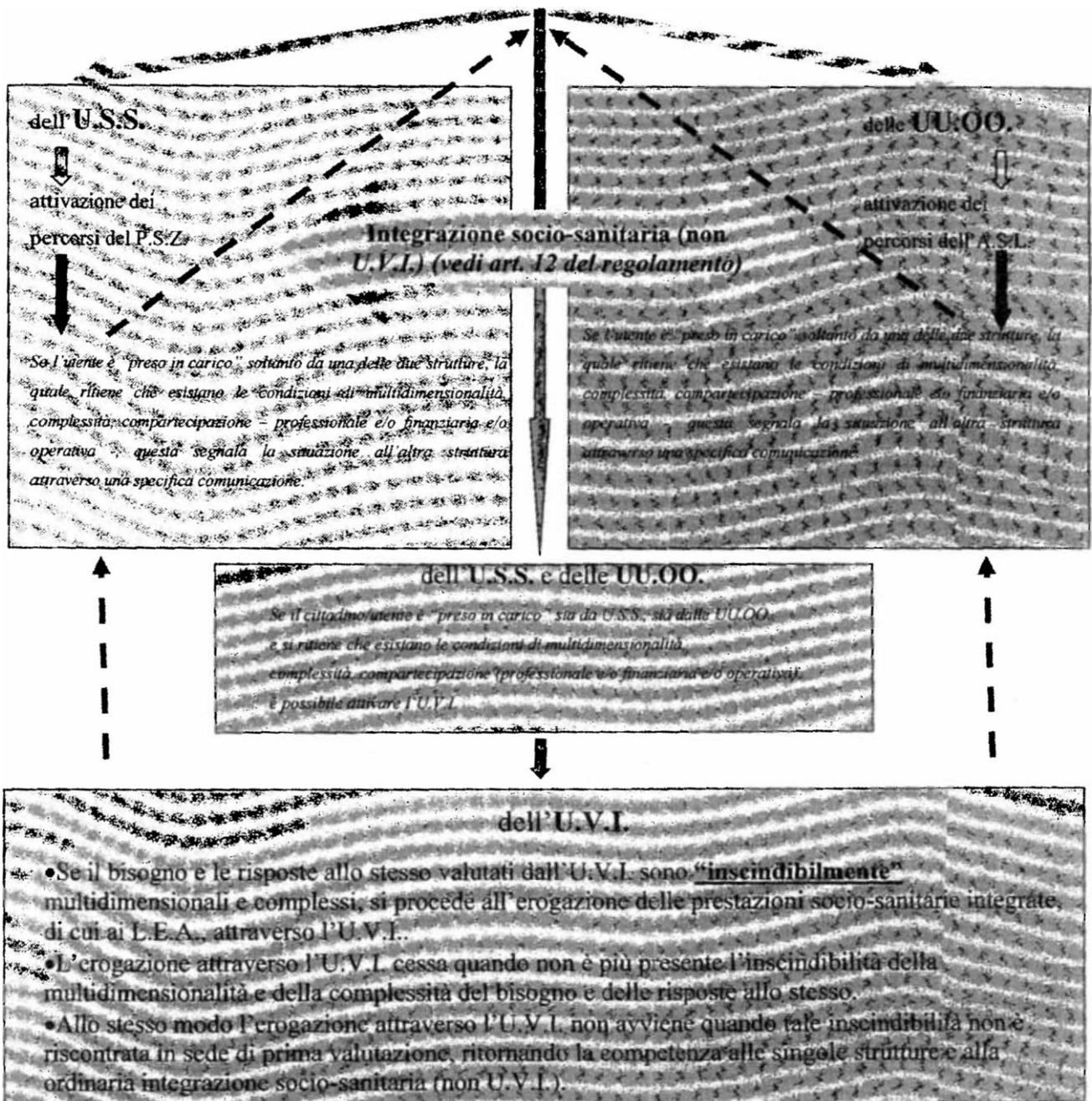
AI SENSI DELLA D.G.R.C. 41/11 E DEL DECRETO COMMISSARIO AD ACTA 6/10 E

SS.MM.II..




---

1 Salvo le situazioni per cui la legge prevede trattamenti obbligatori in capo ai servizi.



REGOLAMENTO PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE, VEROGAZIONE E LA COMPARTICIPAZIONE DEGLI UTENTI AL COSTO, DELLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE AI SENSI DELLA D,G.R.C. 41/11 E DEL DECRETO COMMISSARIO AD ACTA 6/10 E SS.MM.II..

## **ART. 1 — Premessa**

La premessa è parte integrante e sostanziale del presente regolamento.

## **ART. 2 Oggetto e Ambito di Applicazione**

Il presente Regolamento disciplina le modalità con cui i Comuni Associati nell'Ambito Territoriale e l'AS.L. di riferimento realizzano l'integrazione socio sanitaria, con particolare riguardo ai criteri di determinazione della quota di compartecipazione dei cittadini/utenti al costo delle prestazioni socio sanitarie erogate dai Comuni associati nell'Ambito Territoriale.

A tal fine esso fa esplicito riferimento a quanto disposto dalla L.R\* 11/07, dal D.lgs 109/98 e ss.mm.ii., dal D.P.C.M. del 29.11.01, nonché dal Decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario 6/10 e dalla normativa richiamata in Premessa.

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

La compartecipazione a carico dei cittadini/utenti è esclusivamente riferita alle percentuali di spesa sociale sul costo della singole prestazioni sociosanitarie previste dal D.P.C.M., 29. 11.01 sui L.E.A. <sup>1</sup>

## **ART. 3 Accesso ai servizi e alle prestazioni sociosanitarie**

L'accesso ai servizi e alle prestazioni sociosanitarie, di qui in avanti denominato "accesso", si realizza attraverso un sistema unitario e condiviso d'accesso, denominato Porta Unitaria d'Accesso (P.U.A.).

La P.U.A. è intesa come funzione esercitata sia dai Comuni Associati dell'Ambito Territoriale, sia dai Distretti Sanitari dell'A.S.L., con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti.

Gli attori della P.U.A. dovranno discriminare il bisogno espresso dal cittadino/utente (valutazione di 1<sup>o</sup> 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 ai servizi sanitari o sociali - o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata.

Ad un bisogno semplice corrisponde l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o sociali che non richiedono una valutazione multidimensionale; ad un bisogno complesso, invece, l'erogazione di prestazioni integrate sociali e sanitarie per le quali è necessaria la definizione di un Progetto Personalizzato in sede di U.V.I. che preveda il coinvolgimento di molteplici professionalità.

---

<sup>1</sup> 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 ALDS su prestazioni di cura, riabilitazione, e trattenenti farmacologici.

Nel Distretto Sanitario dell'A.S.L. l' "accesso" è definito secondo l'organizzazione aziendale.

Nei Comuni Associati dell'A.T. l' "accesso" è individuato, per tutti i Servizi del PS.Z, negli UU.SSSS..

L'accesso ai servizi sociosanitari avviene esclusivamente previa valutazione del bisogno e redazione di un Progetto Personalizzato da parte dell'U.V.I. <sup>2</sup>.

La richiesta di accesso ai servizi deve essere corredata della Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.), e può essere presentata indifferentemente o al Distretto Sanitario o all'U.S.S, presso il proprio Comune di residenza, che provvedono all'istruttoria del caso ed alla convocazione dell'U.V.I..

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 di accesso deve essere formalizzata attraverso apposita modulistica adottata dall'Ambito Territoriale e dall'A.S.L., dalla quale risultino specificati il servizio richiesto e i dati identificativi del richiedente. La domanda di accesso deve essere completata con il valore ISE\* ed I.S.E.E. risultanti dalla D.S.U. e la situazione rispetto all'indicatore di reddito presunto indicato negli art, 16.5 e 16.6 del presente Regolamento e agli ulteriori criteri relativi alla capacità di spesa indicati nell'art. 16.4 del presente Regolamento.

Il richiedente dovrà altresì esprimere consenso scritto al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, ai sensi D.lgs 196/03.

I dati personali, nel rispetto delle norme che tutelano la privacy, sono utilizzati dall'U.S.S., competente e dal Distretto Sanitario per lo svolgimento del 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'U. V.I. valuta le condizioni di bisogno assistenziale del soggetto per l'ammissione al servizio, e definisce il Progetto Personalizzato.

L'U.S.S., in accordo con il Case Manager, provvede a comunicare al soggetto interessato l'esito della valutazione e, in caso di ammissibilità 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 del cittadino/utente sull'eventuale quota di compartecipazione ascritta a suo carico.

### **ART. 3.1 — Cure Domiciliari Integrate / Assistenza Domiciliare Integrata (C.D.I./A.D.I.).**

Il servizio di assistenza domiciliare integrata si realizza attraverso procedure unitarie e condivise tra A.S.L. e Comuni associati dell'Ambito Territoriale, per l'accesso, la valutazione e la presa in carico, Le funzioni integrate per l'accesso e la presa in carico si articolano secondo il seguente percorso:

---

<sup>2</sup> D.GR.C. 2006/04 "Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale: semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della L. R. 8/03" e ssmm.ii..

- domanda d'accesso presentata ad uno degli attori della P.U.A. secondo le procedure concordate tra A,S.L e Ambito Territoriale;
- proposta di ammissione al Servizio formulata sulla base di requisiti essenziali previsti dalla P.U.A.;
- attivazione dell'U.V.I.; ■ valutazione multidimensionale a cura dell'U.V.I.;
- redazione del Progetto Personalizzato, con l'individuazione del Case Manager, in sede U.V.I., con definizione del Piano Esecutivo attuato dall'Equipe Operativa, così come individuata in sede di U.V.I.;
- dimissione.

**Il Piano Esecutivo** deve riportare:

- azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate;
- quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati;
- fornitura di presidi e materiali vari;■
- informazioni circa il monitoraggio e la valutazione del Piano Esecutivo.

La domanda di accesso, o segnalazione, alla P.U.A. può essere attivata:

- dal singolo cittadino/utente interessato;
- da un familiare, parente o componente della rete informale;
- da un tutore giuridico;
- da servizi sanitari (U.O. ospedaliera, U.C)E distrettuale, strutture residenziali, ecc.)
- dai servizi sociali dell'Ambito Territoriale.

La domanda di accesso deve essere effettuata secondo le procedure concordate tra A.S.L. e Ambito Territoriale e deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- dati anagrafici ed informativi del cittadino/utente e recapiti;
- indicazione di chi ha effettuato la segnalazione;
- tipo di bisogno/domanda espressa/verbalizzata.

Recepita la domanda di accesso, la P.U.A. invia direttamente ai servizi sanitari o sociali nel caso di bisogno semplice, ovvero attiva il percorso integrato di presa in carico nel caso di bisogno complesso.

In tutti i casi in cui la domanda di accesso non sia stata effettuata dal diretto interessato, occorre prevedere di acquisire la liberatoria, affinché P.U.A. e U.V.I. possano operare il processo d'integrazione sociosanitaria, attraverso il consenso informato al trattamento dei dati da parte dei diversi soggetti della rete dei servizi sociali e sanitari, nel rispetto della normativa sulla privacy e della 14.241/90 e ss.mm.ii., in merito alla responsabilità del procedimento.

I requisiti indispensabili per l'attivazione del Servizio sono:

- condizione di non autosufficienza e patologie in atto, o esiti delle stesse, che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- potenzialità e disponibilità della famiglia o della rete parentale o informale tale da fornire un concreto supporto al Progetto Personalizzato;

- idonee condizioni abitative in grado di consentire la concreta erogazione delle prestazioni previste nel progetto personalizzato;
- consenso informato da parte della persona o suo tutore giuridico;
- presa in carico da parte del M.M.G./P.L.S..

Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria una presa in carico immediata, dato il prevalente bisogno sanitario.

In questi casi l'accesso al Servizio dovrà essere in un primo momento esclusivamente sanitario e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di U.V.I. per rispondere a bisogni di natura sociale.

Considerato che, di norma, la presa in carico deve avvenire entro 30 gg. dalla richiesta d'accesso, per garantire il rispetto di tale tempistica, la valutazione multidimensionale a cura dell'U.V.I. deve concludersi, con la redazione del Progetto Personalizzato, entro 20 gg. dalla proposta d'ammissione e dall'attivazione del Percorso Integrato, salvo i casi d'urgenza.

L'Erogazione delle prestazioni sociali, qualora gestite dall'Ambito Territoriale, deve avvenire entro 5 gg, lavorativi dall'arrivo del Progetto Personalizzato all'Ufficio di Piano di Zona.

Per la durata di ciascuna prestazione, fermo restando la flessibilità delle stesse in base alle esigenze del caso, si può definire uno standard minimo di ore settimanali pari a: 15 ore per disabilità grave, certificata ai sensi della L. 104/92; 8 ore per gli altri casi. Le prestazioni dell'O.S.S., si svolgono:

- per le Cure domiciliari integrate di 1<sup>o</sup> livello, su 5 giorni settimanali;
- per le Cure domiciliari integrate di 2<sup>o</sup> livello, su 6 giorni settimanali;
- per le Cure domiciliari di 3<sup>o</sup> livello, su 7 giorni settimanali.

E' tuttavia possibile concentrare l'intervento in uno o più giorni settimanali.

Giorni, orari e numero di ore settimanali diversi possono essere definiti dall'U.V.L, in relazione al livello di bisogno.

L'equipe Operativa registra su di un diario le informazioni necessarie al successivo monitoraggio del Servizio. Tale diario è disponibile presso il domicilio del cittadino/utente fino alla fine dell'intervento. Il diario deve riportare tutti gli accessi degli operatori, con l'indicazione di data, orario, interventi effettuati e firme dell'operatore e del cittadino/utente, ovvero di un suo familiare. Copia del diario è resa disponibile alla P.U.A..

#### **ART. 4 — Integrazione Socio-Sanitaria dell'A.S.L. e Area Integrazione Sociosanitaria del P.S.Z.**

L'integrazione sociosanitaria dell'A.S.L. è realizzata secondo le modalità previste dall'organizzazione aziendale.

L'integrazione sociosanitaria del P.S.Z. è realizzata dall'U.P\*, attraverso l' Area "Integrazione Sociosanitaria" e gli UU.SS.SS.,

L'A.S.L. e il P.S.Z. elaborano eventuali protocolli operativi finalizzati alla più efficiente ed efficace realizzazione del Sistema Integrato dei Servizi Sociosanitari, con particolare riferimento all'implementazione del presente Regolamento.

## **ART. 5 - L'U.V.I.**

L'U.V.I. è una équipe sociosanitaria multidisciplinare integrata, così come declinata dalla normativa vigente.

L'U.V.I. è attivata dall'A.S.L. e dal P.S.Z..

ART. 6 -- Composizione dell'U.V.I.

### **ART. 6.1 - Componenti dell'UeV.1.:**

- A.S.L.: componenti definiti secondo l'organizzazione aziendale;
- PS.Z.: il Coordinatore dell'U.P., il Responsabile dell'Area "Integrazione Sociosanitaria" dell'U.P., il quale rappresenta, senza ulteriori formalità il Coordinatore dell'U.P. in sua assenza, i Responsabili delle aree di intervento dell'U2. coinvolte a seconda del bisogno rilevato, il Responsabile dell'U.S.S. competente per residenza del cittadino/utente. Soltanto nel caso in cui sia necessario assumere oneri di spesa non previsti dal F.U.A., l'UzV.I. può essere integrata con il Responsabile del procedimento (relativamente alla mera assunzione dell'onere di spesa) dell'Ente Locale competente per residenza del cittadino/utente;
- **cittadino/utente (o suo rappresentante)**, relativamente alle fasi di formalizzazione e sottoscrizione, per accettazione, del Progetto Personalizzato,

Gli operatori coinvolti nell'U.V.I. sono investiti da potere decisionale, così come previsto dall'art. 7 del presente regolamento.

### **ART. 6.2 - Invitati all'U.V.I.**

I componenti dell'U.V.I., come sopra definiti, possono concordare di invitare, alle riunioni della stessa, gli operatori dei servizi esternalizzati e/o altri portatori d'interesse legittimati.

All'U.V.I., in ogni caso, sono sempre invitati a partecipare i Referenti, legittimati, per le Politiche Sociali, non rientranti nel F.U.A., dell'Ente Locale competente per residenza del cittadino/utente.

## **ART. 7 — Valenza giuridica e professionale dell' U.V.I.**

L'AS.L. e gli Enti Locali associati dell'Ambito Territoriale con l'approvazione del presente Regolamento attribuiscono all'U.V.I. la valenza della Conferenza dei Servizi, di cui all'art. 14 della L. 241/90 e ss.mm.ii., relativamente a: ■ composizione; ■ modalità operative; ■ valutazioni; s erogazione; ■ effetti amministrativi delle valutazioni tecnico-scientifiche assunte.

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

Nel caso in cui una delle parti, A.S.L./Ambito Territoriale, formalmente convocate, risulti assente a due sedute consecutive dell'U.V.I., si procederà alla valutazione del cittadino/utente e le relative risultanze saranno ritenute vincolanti ai fini della compartecipazione alla spesa a carico dell' A.S.L./Ambito Territoriale.

## **ART. 8 - Sede dell'U.V.**

L'U.V.I. si tiene, di norma, presso la sede indicata dall'ASL., salvo altre esigenze per cui risulti opportuno utilizzare sedi diverse, ivi compresa, per esigenze eccezionali, il domicilio del cittadino/utente.

## **ART. 9 - Funzioni dell'U.V.I.**

L'U.V.I. è competente per la valutazione e la predisposizione del Progetto Personalizzato, relativi a situazioni "inscindibilmente" complesse e multidimensionali, di cui ai L.E.A. (D.P.C.M. 29.11.01, all. IC) e ss.mm.ii..

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

Le funzioni dell'U.V.I., in linea generale, sono le seguenti:

- condivisione della documentazione sociosanitaria nella disponibilità dei componenti dell'U.V.I.;
- analisi e diagnosi del bisogno, finalizzate all'individuazione degli elementi di complessità e multidimensionalità;
- valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del cittadino/utente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2<sup>o</sup> livello), con particolare riferimento alla presenza dell'inscindibilità degli elementi di complessità e multidimensionalità del bisogno e della risposta allo stesso. La valutazione multidimensionale dell'U.V.I. deve essere effettuata con uno strumento specifico, al fine di rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione, strumento reso disponibile dalla Regione Campania (cfr. scheda SVAMA e ss.mm.ii.):
  - l'erogazione attraverso l'U.V.I. non avviene quando l'inscindibilità non è riscontrata in sede di prima valutazione, ritornando la competenza alle singole strutture e alla ordinaria integrazione sociosanitaria (non U.V.I.);
  - l'erogazione attraverso l'U.V.I. cessa quando non è più presente l'inscindibilità della multidimensionalità e della complessità del bisogno e della risposta allo stesso (modificazione del bisogno, raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Personalizzato, rifiuto del Servizio da parte del cittadino/utente, ecc.);
- formalizzazione della presa in carico da parte dell'U.V.I.;
- elaborazione del Progetto Personalizzato;
- individuazione del "Case Manager" tra i componenti dell'U.V.I., in base al maggior coinvolgimento che egli assume sia sul piano tecnico-scientifico, sia sul piano amministrativo; il "Case Manager" è il principale referente per il cittadino/utente, la sua famiglia e gli operatori sociosanitari coinvolti nel Progetto Personalizzato;
- individuazione del "Care Giver" tra le persone della rete familiare, sociale e comunitaria del cittadino/utente;
- programmazione di eventuali verifiche e/o rimodulazioni del Progetto Personalizzato;
- trasmissione dei verbali e del Progetto Personalizzato ai portatori d'interesse eventualmente assenti e alle strutture erogatrici delle prestazioni, nel rispetto della normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali;

- condivisione del Progetto Personalizzato con i portatori d'interesse coinvolti nell'implementazione dello stesso;
- altro.

#### **ART. 10 Modalità di convocazione dell'U.V.I.**

L'U.V.I. è convocata dall'A.S.L secondo l'organizzazione aziendale, anche su segnalazione del Responsabile dell'U.S.S. del P.S.Z. competente, che ne informa il Responsabile dell'Area Integrazione Sociosanitaria dell'U.P., nei casi in cui:

- il cittadino/utente è "preso in carico" sia dall'U.S.S., sia dall'A.S.L.; ■ si ritiene che, in relazione al bisogno, esistano le condizioni di multidimensionalità, complessità, compartecipazione (professionale e/o finanziaria e/o operativa), tali da trovare riscontro nella tipologia di prestazioni di cui alla normativa vigente in materia (DPC.M. 29.11.01, all. 1 C, e ss.mm.ii.).

La data della convocazione è concordata, anche per le vie brevi, tra l'U.S.S. e l'A.S.L..

Le motivazioni che determinano la convocazione dell'U.V.I. devono essere esplicitate, seppure sommariamente, sia nel primo contatto (per le vie brevi), sia nella convocazione formale (per iscritto).

#### **ART. 11 — Il Progetto Personalizzato**

Il Progetto Personalizzato elaborato dall'U.V.I., conservato presso l'A.S.L., secondo l'organizzazione aziendale, e l'U.S.S. competente del P.S.Z., è consegnato al cittadino/utente.

Il Progetto Personalizzato ha valore di contratto tra gli Enti rappresentati dai componenti dell'U.V.I., e tra questi e il cittadino/utente, stabilendo i seguenti livelli di responsabilità:

- la responsabilità tecnico-scientifica è attestata con la sottoscrizione da parte di tutti i componenti dell'U.V.I. che svolgono, per il proprio ente, funzioni tecnico-scientifiche;
- la responsabilità tecnico-amministrativa è attestata con la sottoscrizione da parte dei componenti dell'U.V.I. responsabili, per il proprio ente, di specifici centri di costo e di responsabilità per la gestione della spesa.

Il Referente dell'A.S.L., secondo l'organizzazione aziendale, e il Responsabile dell'U.S.S., competente, sono responsabili dei flussi informativi presso i propri Enti.

Il Progetto Personalizzato deve contenere:

- anamnesi, diagnosi ed eventuale classificazione sociosanitaria;
- individuazione delle risorse personali, familiari e comunitarie;
- indicatore della situazione economica del singolo e/o del nucleo familiare di riferimento (I.s.E. e I.S.E.E)•,
- obiettivi dell'intervento integrato;
- tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare;
- modalità di erogazione, livello di intensità dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- titolarità, competenze e responsabilità di spesa;
- competenze e funzioni del Case Manager;
- competenze e funzioni del Care Giver;

- data di avvio e durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale;
- modalità di dimissione;
- 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;
- informazioni circa il monitoraggio, la verifica e la valutazione;
- eventuale documentazione relativa agli interventi programmati e/o realizzati per l'implementazione del Progetto Personalizzato;
- altro.

Il Progetto Personalizzato 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.

Il cittadino/utente, in merito al Progetto Personalizzato, ha la possibilità di:

- accettarlo;
- non accettarlo;
- proporre la modifica e/o la revisione.

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

### **ART. 12 Integrazione socio-sanitaria (non U.V.I.)**

In seguito alla presa in carico del cittadino/utente, ASL. e PS.Z. avviano l'integrazione delle proprie modalità operative anche in assenza dell'inscindibilità dell'intervento integrato, secondo metodologie consolidate e protocolli operativi specifici, relativi a procedure e/o prestazioni,

### **ART. 13 — Compartecipazione economica tra A.S.L. e Comuni Associati dell'Ambito Territoriale**

La compartecipazione economica tra I 'A.S.L. e i Comuni Associati dell'Ambito Territoriale, avviene ai sensi della Convenzione stipulata tra gli stessi, di cui alla D.G.R.C. 50/12 e ss.mrn.ii..

### **ART. 14 Determinazione della quota di compartecipazione, a carico dell'utente, al costo delle prestazioni.**

## 14.1 - 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 I allegata al DLgs 109/98, così come modificata dal D.Lgs 130/00 e ss.mrn.ii..

Ai fini del presente regolamento il nucleo familiare è composto dal richiedente medesimo, dai componenti la famiglia anagrafica ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. 223/89 e il D.P.C.M. 227/99, e dai soggetti considerati a suo carico ai fini IRPEF anche se non conviventi.

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 A.S.L. 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 del nucleo familiare.<sup>3</sup>

Nei casi in cui dal confronto tra l'ISEE del nucleo familiare 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'ISEE del nucleo familiare.

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.

L'Ufficio Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona presso il Comune Associato dell'Ambito Territoriale terrà conto della suddetta variazione dal mese successivo, lo stesso potrà, a sua volta, richiedere una nuova dichiarazione quando intervengono rilevanti variazioni delle condizioni familiari ed economiche ai fini del calcolo ISEE.

## 14.2 Determinazione del valore ISEE: criteri di valutazione della situazione reddituale

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

$$I.S.E. = R + P$$

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 produttori agricoli titolari di partita LVA., obbligati alla presentazione della dichiarazione ai fini dell'I.V.A.. 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;

c) i proventi derivanti da attività agricole, svolte anche in forma associata, per le quali sussiste l'obbligo di presentazione della dichiarazione I.V.A.; 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 LC.I. (e ss.mmsii.) 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.

Ai 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 (D.S.U\*):

- 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 precedente;
- 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 precedente;
- 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 unica (D.S.U.), 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 DLgs 415/96, 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 precedente;

- altri strumenti e rapporti finanziari per i quali va assunto il valore decorrente alla data di cui al punto precedente, 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 per le masse patrimoniali sopra citate.

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.

### 14.3 - Determinazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.)

L'indicatore della situazione economica equivalente (I.S.E.E) è calcolato sulla base della seguente formula:

$$I.S.E.E. = I.S.E. / S$$

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

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

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 minori;
- + 0,50 per ogni componente con handicap psicofisico permanente di cui all'art. 3, c. 3, della L. 104/92 0 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 alla 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.

### 14.4 - Ulteriori criteri per la compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni

In applicazione della norma di cui all'art. 3, c. 2, del D.Lgs 109/08, così come modificato dal DLgs 130/00, ai fini della determinazione della quota di compartecipazione al costo delle prestazioni sociali, il valore LS.E.E. può essere valutato congiuntamente agli ulteriori indicatori qui di seguito riportati:

- a) automobili;
- 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,

#### **14.5 - 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 I.S.E.E., 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 I.N.P.S., pari ad Euro 9.530,56 per l'anno 2009<sup>5</sup> **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 I.S.E.E., 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 I.N.P.S., pari a € 25.911 per il 2009<sup>6</sup> ;

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:

$$\text{Comp}_{ij} = \text{I.S.E.E.}_i * \text{CS}_g / \text{I.S.E.E.}_0$$

5

Nel 2009, il trattamento minimo I.N.P.S. annuo è pari a Euro 5.956,60 Nel 2012, il trattamento minimo I.N.P.S. è pari a € 6.713,98

6 Nel 2009, il trattamento minimo I.N.P.S. annuo è pari a Euro 5956,60 — Nel 2012, il trattamento minimo I.N.P.S. è pari a € 6.713\*98, pertanto la soglia I.S.E.E. è pari a € 29.205,813

dove:

- $\text{Comp}_{ij}$  rappresenta la quota di compartecipazione del soggetto  $i$  relativa alla prestazione sociale  $j$ ;
- $\text{I.S.E.E.}_i$  rappresenta l'indicatore della situazione economica equivalente del richiedente;
  - $\text{CS}_g$  rappresenta il costo unitario della prestazione sociale agevolata;
- $\text{I.S.E.E.}_0$  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  $\text{I.S.E.E.}_i$ , va sostituito il reddito individuale.

#### **14.6 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. 16.5 del presente Regolamento.

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, L. 18/80, e risulti titolare di un reddito individuale (o I.S.E.E. laddove più vantaggioso) inferiore alla soglia di esenzione, così come definita all'art. 16.5 del presente Regolamento, la quota di compartecipazione per l'accesso ai servizi residenziali sociosanitari è al limite pari al 75% della indennità stessa<sup>7</sup>;

b) nell'ipotesi in cui il soggetto richiedente sia titolare dell'indennità di accompagnamento, L. 18/80, e risulti titolare di un reddito individuale (oppure I.S.E.E. laddove più vantaggioso) superiore alla soglia di esenzione e inferiore alla soglia massima di cui all'art. 16.5 del presente Regolamento, l'indennità di accompagnamento va sommata al reddito così come definito per il calcolo della quota di compartecipazione.

Posta come IA l'indennità su base annua la formula di riferimento sarà pari a:

$$\text{Comp}_{ij} = \text{I.S.E.E.}_i \cdot \text{IA} * \text{CS}_0 / \text{I.S.E.E.}_0$$

dove:

- $\text{Comp}_{ij}$  rappresenta la quota di compartecipazione agevolata del soggetto  $i$  relativa alla prestazione sociale  $j$ ;
- $\text{I.S.E.E.}_i$  rappresenta l'indicatore della situazione economica equivalente del richiedente;
- $\text{CS}_0$  rappresenta il costo unitario della prestazione sociale agevolata;
- $\text{I.S.E.E.}_0$  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, nella calcolo della formula al valore  $\text{I.S.E.E.}_i$  va sostituito il reddito individuale.

#### **14.7 - Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.)**

La D.S.U & 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'art. 4, c. 6, del D.lgs 109/98 e ss.mm.ii.

---

<sup>7</sup>

Pari a € 5.664,00 per il 2009 Pari a € 5.915,64 per il 2012.

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

### **ART, 15 — Controlli.**

Il Comune di residenza 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, per quanto di propria competenza, 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.

#### **ART. 16 Pubblicità del Regolamento.**

Copia del presente Regolamento, ai sensi dell'art. 22, L241/90 e ss.mm.ii., sarà tenuta a disposizione del pubblico perché ne possa prendere visione in qualsiasi momento.

Il presente Regolamento sarà reso disponibile attraverso i siti degli Enti coinvolti ed in ogni altra forma utile alla pubblicità dello stesso.

## Glossario

ADI. = Assistenza Domiciliare Integrata  
A.S.L. Azienda Sanitaria Locale  
A.T\* = Ambito Territoriale Alt.  
= Articolo  
CD-I. Cure Domiciliari Integrate  
D.lgs = Decreto Legislativo  
D.G.R.C. = Delibera di Giunta della Regione Campania  
D.P.C.M. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri  
E.L. Ente Locale  
I.S.E = Indicatore della Situazione Economica  
IS.EE. Indicatore della Situazione Economica Equivalente  
L. Legge  
L.R. = Legge Regionale  
L.EA. = Livelli Essenziali di Assistenza (Sanitaria)  
M.M.G. = Medico di Medicina Generale  
P.ES. = Pediatra di Libera Scelta P.S.Z.  
= Piano Sociale di Zona  
P.UA. = Porta Unica di Accesso ss.mm.ii. =  
successive modifiche e integrazioni (LO. =  
Unità Operativa  
U.S.S. = Ufficio Servizio Sociale del Piano Sociale di Zona  
U.V.I. = Unità di Valutazione Integrata



## Delibera della Giunta Regionale n. 41 del 14/02/2011

A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria

Settore 3 Interventi a favore di fasce socio-sanitarie particolarmente 'deboli'

Oggetto dell'Atto:

**APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO RECANTE LINEE DI  
INDIRIZZO, PROFILI E  
STANDARD IN MATERIA DI SERVIZI DOMICILIARI: "IL SISTEMA  
DEI SERVIZI  
DOMICILIARI IN CAMPANIA" CON ALLEGATO**

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Settore e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Dirigente del Settore a mezzo di sottoscrizione della presente

## **PREMESSO**

- a. il Quadro Strategico Nazionale per la politica regionale di sviluppo 2007-2013( QSN), approvato con delibera CIPE n. 174 del 22/12/2006 ed adottato con decisione della Commissione Europea n.C(2007) 3329 del 13/7/2007, definisce per le regioni del mezzogiorno quattro obiettivi di servizio, quali obiettivi strategici per il miglioramento ed innalzamento della qualità della vita dei cittadini, indicando altresì il target vincolante e gli indicatori per misurare il raggiungimento dei singoli obiettivi definiti;
- b. tra i quattro obiettivi previsti dal Q.S.N. figura l' Obiettivo di Servizio n.2s"augmentare i servizi di cura alla persona per alleggerire i carichi familiari e innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro" per la cui misurazione sono declinati 3 indicatori, tra i quali è definito l' indicatore S 06 "incrementare il numero di anziani in assistenza domiciliare integrata" ;
- c. la delibera CIPE n. 82 del 3 agosto 2007 "Quadro strategico Nazionale 2007-2013. Definizione delle procedure e delle modalità di attuazione del meccanismo premiale collegato agli obiettivi di servizio", fissa il meccanismo di monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi a cui partecipano le regioni del mezzogiorno "Obiettivo Convergenza";
- d. la L.R. 11 nll del 23.10. 2007 "Legge per la Dignità e la Cittadinanza Sociale", attuativa della Legge Quadro 11.328/2000 norma i principi generali per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali e sociosanitari, e in tale ambito normativo si delinea la prospettiva di realizzazione dell' Obiettivo di Servizio 2 fissato dal Q.S.N. e del relativo indicatore S 06 "incrementare il numero di anziani in assistenza domiciliare integrata" ;
- e. il decreto commissariale n.49/2010 "riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro" , con il quale sono definite le aree prioritarie di intervento per la riorganizzazione della rete territoriale con particolare riguardo al sistema delle cure domiciliari.

## **CONSIDERATO che**

- a. La Regione Campania con DGR 210 del 6.2.2009 "Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013" ha approvato il Piano di Azione per l'Obiettivo 2 e il piano delle attività per il relativo indicatore: S06 "INCREMENTARE IL NUMERO DI ANZIANI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA" elaborato congiuntamente dai Settori Assistenza Sociale e Fasce Deboli su indicazioni dell'Amministrazione e del Dipartimento dello Sviluppo Economico ;
- b. la L.R. 11/2007 al Titolo V norma l'integrazione sociosanitaria tra i Comuni associati in Ambiti Territoriali e le ASL quale strategia in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino, indica la necessità per Comuni , ASL e Distretti Sanitari di raccordare i rispettivi atti programmatori e di regolamentare congiuntamente le funzioni di accesso , di valutazione integrata degli utenti e di erogazione dei servizi sociosanitari;
- c. Il Piano Sociale Regionale , attuativo della L.R. 11/2007, approvato con DGR n. 694 del 16.4.09 recepisce il Piano di Azione per l' Obiettivo 2 ed assume l'Assistenza Domiciliare Integrata quale obiettivo strategico della programmazione regionale al fine di imprimere un reale processo d'innovazione e di riforma dei sistemi sociale e sanitario;

d. il citato Piano delle attività di cui alla DGR 210/09 per l'incremento del numero di anziani in Assistenza Domiciliare Integrata è declinato nelle seguenti azioni:

1. Qualificare il sistema di offerta dei servizi di AD
2. Incrementare l'offerta di ADI
3. Riorganizzare il sistema di offerta dei servizi sociosanitari
4. Accrescere le competenze degli addetti ai lavori
5. Disporre di un sistema informativo socio-sanitario regionale
6. Governare il processo di attuazione del Piano

d. 1 e per ragione 6 prevede la Definizione ed adozione di un sistema di classificazione delle cure domiciliari e redazione di linee guida specifiche

### **RILEVATO**

a. che al fine di governare il Piano di Azione è necessario definire prioritariamente indicazioni di programmazione per gli attori territoriali ovvero : i Comuni Associati in Ambiti Territoriali e le ASL competenti, dotando la Regione Campania di un sistema di classificazione delle cure domiciliari sanitarie e di Linee guida per l'integrazione delle cure domiciliari erogate dalle ASL con gli interventi tutelari socioassistenziali erogati dai Comuni .

### **PRESO ATTO**

a. del lavoro svolto congiuntamente dai Settori Assistenza Sociale e Fasce Deboli attraverso la costituzione di un tavolo tecnico per la programmazione partecipata con i rappresentanti dei Comuni e dei Distretti Sanitari e con la collaborazione degli esperti Formez e che tale lavoro ha prodotto un documento di indirizzi regionali in materia di cure domiciliari e assistenza domiciliare integrata;

b. che il documento elaborato dal tavolo tecnico include, indicazioni operative per la declinazione dei Regolamenti Sociosanitari di Accesso, Valutazione ed Erogazione dei Servizi Sociosanitari, che ai sensi della L.R. 11/07, art.41 devono essere congiuntamente approvati dai Comuni e dalle ASL e costituiscono allegato al Piano di Zona;

### **RITENUTO**

di dover adottare il documento di indirizzi regionali elaborato dai Settori competenti e denominato "Il Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania" che in allegato alla presente ne costituisce parte essenziale;

1. di dover stabilire che è fatto obbligo ai Direttori generali di recepire ed adottare il documento allegato alla presente delibera con proprio atto, predisponendo tutte le azioni necessarie a renderlo operativo, in armonia con le indicazioni emanate in materia di organizzazione delle attività territoriali e del decreto n.49/2010 di dover stabilire che tali indirizzi regionali siano recepiti negli atti programmatici territoriali da parte dei Comuni e delle ASL sia attraverso la definizione di protocolli d'intesa per per l'attivazione dell'A.D.I., sia attraverso la definizione dei Regolamenti sociosanitari ex art.41 LR.11/07.

2. che ciascuna azienda il 30 giugno di ogni anno dovrà relazionare in merito all'attuazione delle linee guida predisponendo una relazione valutativa dalla quale emergano le azioni programmate e realizzate in materia di implementazione del sistema di cure domiciliari e gli obiettivi quali quantitativi raggiunti

3. di rinviare ad atti successivi la definizione del sistema di tariffa per le cure domiciliari in base ai profili di cura

## VISTI

- a. il DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie",
- b. il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli di Assistenza Sanitaria";
- c. la D.G.R.C. 460/2007 Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004;
- d. la D.G.R.C. 1811/2007 :Adozione di un nuovo strumento multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali domiciliari residenziali e semiresidenziali — Adempimento ai sensi della DGRC 460 del 20 marzo 2007, che sarà integrata e modificata a seguito del lavoro di revisione ed integrazione relativo alla scheda di valutazione multidimensionali che i settori competenti stanno ultimando;
- e. la D.G.R.C. 2310/2007: Azioni di supporto tecnico alle AA.SS.LL. in materia di riqualificazione del sistema di erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro approvato con D.G.R.C. 460 del 20 marzo 2007;

- f. la L.R. 11/2007: Legge per la Dignità e la Cittadinanza Sociale;
- g. D.G.R-C. 210/2009 Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007 - 2013.
- h. la D.G.R. 694 de 16 4 09 "Piano Sociale Regionale"
- i. il D.P.GR. n. 16 del 23.11.2009 "Regolamento di Attuazione della L.R.11/2007"
- l. Il Patto per la salute 2010-2012 approvato dall'Intesa stato-regioni del 3 dicembre 2009;
- m. il decreto commissariale n.49/2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale\* con adeguati intene'enti per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica del)§appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica dei Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro"; mia circolare del subcommissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro del settore sanitario n. 3794/c dei 9.11.2010 "Direttiva per il potenziamento delle attività territoriali in particolare il sistema delle cure domiciliari";
- o. il Piano sanitario 2010-2012 .

**VISTO**, altresì il decreto del presidente della Giunta Regionale n. 109 del 21.05.2010 di ripartizione delle funzioni tra i componenti della Giunta Regionale con il quale è stata riservata al Presidente quella relativa alla materia della sanità,

**PROPONE** e la Giunta, in conformità, a voto unanime

### DELIBERA

Per i motivi precedentemente formulati e che si intendono qui riportati integralmente:

1. Di approvare il documento all'allegato A denominato "(il Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania" che costituisce parte essenziale della presente deliberazione
- 2a Di stabilire che è fatto obbligo ai Direttori Generali di recepire ed adottare il documento allegato alla presente delibera con proprio atto, predisponendo tutte le azioni necessarie a renderlo operativo, in armonia con le indicazioni emanate in materia di organizzazione delle attività territoriali con decreto commissariale n. 49/2010.
3. Di stabilire che gli indirizzi regionali contenuti nel documento Allegato A siano recepiti negli atti programmatori territoriali da parte dei Comuni e delle ASL sia attraverso la definizione di protocolli d'intesa per per l'attivazione dell'A.D.I.,, sia attraverso la definizione dei Regolamenti sociosanitari ex art.41 L.R.11/07.
- 4, Di stabilire che ciascuna Azienda ed Ambito Territoriale il 30 giugno di ogni anno dovranno relazionare in merito all'attuazione delle linee guida predisponendo una Relazione valutativa dalla quale emergano le azioni programmate e realizzate in materia di implementazione dei sistema di cure domiciliari e gli obiettivi quali-quantitativi raggiunti .
5. Di rinviare ad atti successivi la definizione del sistema di tariffa per le cure domiciliari in base ai profili di cura.
6. Di affidare ai Settori Assistenza Sociale e Fasce Deboli la divulgazione del presente documento presso i Comuni associati in Ambiti Territoriali le ASL e i Distretti Sanitari per l'adeguamento degli atti programmatori ai sensi della L.R. 11/2007, art.41 e per Attuazione degli interventi specifici al raggiungimento dell'Obiettivo di Servizio 2 - Indicatore S06 sull'Assistenza Domiciliare Integrata.
7. Di rinviare il presente provvedimento ai Settori competenti ed al BURC per la pubblicazione.



COMMISSARIO AD ACTA PER L' ATTUAZIONE DEL  
PIANO D/ RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO  
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 24/7/2009)

COMMISSARIO AD ACTA PER L' ATTUAZIONE DEL  
PIANO D/ RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO  
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 24/7/2009)

DECRETO N. 6 DEL 4 FEB, 2010

OGGETTO: Determinazione delle tariffe per prestazioni erogate da Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Centri Diurni ai sensi della legge regionale n. 8/2003. Rif punto 16 deliberazione Consiglio dei Ministri del 24/7/2009.

**PREMESSO**

che con deliberazione adottata nella seduta del 24 luglio 2009 il Consiglio dei Ministri ha nominato il Presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222; - che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al Piano di rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario regionale campano ed. in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di precisi interventi, identificati in diciotto punti, tenendo conto delle specifiche prescrizioni ed osservazioni comunicate dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e dal Ministero dell'economia e delle finanze, in occasione della preventiva approvazione dei provvedimenti regionali attuativi degli obiettivi previsti dal Piano di rientro, ovvero in occasione delle riunioni di verifica trimestrale ed annuale con il Comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ed il tavolo per la verifica degli adempimenti, di cui agli articoli 9 e 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005; - che, tra gli interventi previsti dalla sopra citata delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009, al punto 16 è disposta l'adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie; - che, tra gli interventi previsti dalla medesima delibera, al punto 18 è disposta la ricognizione dei provvedimenti approvati dagli organi regionali e aziendali in materia sanitaria; verifica della congruità con il Piano di rientro dei predetti provvedimenti regionali ed aziendali, con conseguente sospensione dei provvedimenti contrastanti con il Piano ovvero adottati in carenza o difformità del preventivo parere da parte dei Ministeri affiancati;

- Che con deliberazione adottata nella seduta del Consiglio dei Ministri del 15 ottobre 2009, ai sensi del comma 2 dell'art. 4 della legge n. 222/2007, come integrato dall'art. 1, lettera b), della legge 189/2008 è stato nominato il Dr. Giuseppe Zuccatelli quale Sub Commissario con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;
- Con DGRC 1267 del 16/07/09 sono state approvate le tariffe per prestazioni erogate da Residenze Sanitarie Assistite e Centri Diurni ai sensi della L.R. 8/2003 con l'allegato Regolamento di compartecipazione al costo delle prestazioni erogate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati



*Regione Campania*

*Il Presidente*

COMMISSARIO AD ACTA PER L' ATTUAZIONE DEL  
PIANO D/ RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO  
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 24/7/2009)

di natura socio-sanitaria delle persone con handicap permanente grave e dei soggetti ultrasessantacinquenni e cittadini affetti da demenze;

PREMESSO, inoltre

- Che l'analisi dell'offerta di assistenza erogata dalle strutture pubbliche e private accreditate ha evidenziato un elevato tasso di inappropriatezza;

COMMISSARIO AD ACTA PER L' ATTUAZIONE DEL  
PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO  
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 24/7/2009)

- Che la messa a punto e l'attuazione dei criteri di appropriatezza dell'offerta è presupposto indispensabile per consentire il rientro dal disavanzo e garantire al contempo il mantenimento del servizio pubblico essenziale ai cittadini della Regione Campania:

TENUTO CONTO del parere reso alla citata DGR n. 1267/2009 dal Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 272-1) del 20.112000 con cui, tra l'altro, "...si chiede di chiarire la configurazione di personale utilizzata ai fini della determinazione della tariffa in quanto il valore temporale raddoppiato con riferimento alle figure degli infermieri e degli OSS rispetto all'effettiva quantità di assistenza individuata per ciascun ospite non sembra giustificato dalle esigenze di turnazione e riposo compensativo";

RITENUTO, quindi necessario, al fine di riscontrare le osservazioni del Ministero del economia e delle Finanze espresse nel parere già citato, procedere ad una rivisitazione delle tabelle dell'allegato 3 della DGRC 2006/2004;

CONSIDERATO - che gli uffici competenti hanno elaborato un documento, allegato al presente provvedimento, che:

- chiarisce i contenuti delle tabelle di cui allegato 3 della DGRC 2006/2004; - propone una rimodulazione dei tempi di assistenza della figura professionale "OSS" esclusivamente per il modulo "RSA medio livello assistenziale" (Allegato A) per effetto della quale si devono intendere modificati i requisiti organizzativi e di personale per l'accREDITAMENTO istituzionale delle RSA per anziani non autosufficienti e per disabili non autosufficienti previsti nella scheda SRs3 allegata al Regolamento del Consiglio Regionale n. 1 del 22.06.2007, in tema di accREDITAMENTO istituzionale delle Residenze Sanitarie; - che per effetto della rimodulazione dei tempi di assistenza, di cui all'Allegato A del punto precedente, le tariffe approvate con la DGRC 1267/2009 risultano modificate così come riportate nell'allegato B al presente provvedimento;

PRECISATO che, ai sensi delle DGRC n. 1843/05 e n. 800/06, nonché dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, aggiunto dal decreto legge n. 248 del 31 dicembre 2007, convertito con modifiche nella legge 28 febbraio 2008, n. 31, i provvedimenti in materia di tariffe, come il presente decreto, non determinano aumento dei limiti di spesa assegnati ai



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

COMMISSARIO AD ACTA PER L' ATTUAZIONE DEL  
PIANO D/ RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO  
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 24/7/2009)

centri privati accreditati e/o temporaneamente accreditati per il primo trimestre 2010 dal decreto del Commissario ad acta n. 19 del 30 dicembre 2010 ed eventuali successive modifiche ed integrazioni;

DATO ATTO

- che in Regione Campania è in itinere il percorso di accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali, tra cui i centri provvisoriamente accreditati ex art, 26 Legge 833/78 che hanno presentato istanza di riconversione in RSA e/o Centro Diurno; - che in base a quanto previsto dalle Linee Guida Regionali per la Riabilitazione in Campania



COMMISSARIO AD ACTA PER L' ATTUAZIONE DEL  
PIANO D/ RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO  
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 24/7/2009)

approvate con DGRC 482/204 che recepiscono Le Linee Guida Nazionali, il ciclo riabilitativo è contenuto di norma entro 240 gg, fatta eccezione per:

- a. i pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo (sclerosi multipla, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Alzheimer), alcune patologie congenite su base genetica, con gravi danni cerebrali o disturbi psichici, i pluriminorati anche sensoriali, per i quali il progetto riabilitativo può estendersi anche oltre senza limitazioni, laddove le loro esigenze non vengano soddisfatte dalle potenzialità delle RRSSAA;
- b. i pazienti affetti da patologie cronico-degenerative cardiache e polmonari con grave compromissione funzionale (insufficienza cardiaca 3<sup>A</sup>-4<sup>A</sup> classe NYHA, insufficienza respiratoria);
- c. i pazienti "stabilizzati" nella loro condizione di non perfetto recupero funzionale per i quali possono essere previsti cicli riabilitativi minori anche su base annua (Mantenimento), laddove le loro esigenze non possano essere soddisfatte dalle RSA.

RITENUTO necessario, in attesa del completamento della rete di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale e nelle more dell'accreditamento definitivo ai sensi del Regolamento 1/2007, prevedere l'applicazione delle tariffe così come in parte rimodulate nel presente provvedimento, anche per prestazioni sociosanitarie erogate da:

1. centri provvisoriamente accreditati ex art 26 L833/78 che assistono utenti in regime residenziale e semiresidenziale, che hanno superato i 240 gg di permanenza e hanno presentato istanza di riconversione in RSA e/o Centro Diurno;
  2. centri provvisoriamente accreditati ex art 26 L.833/78 che pur non avendo presentato istanza di riconversione in RSA e/o Centro Diurno, assistono utenti in regime residenziale e semiresidenziale che hanno superato i 240 gg di permanenza;
  3. strutture sociosanitarie per anziani, disabili e demenze che hanno presentato istanza che sono in attesa dell'accreditamento istituzionale, già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio quali RRSS.AA. e/o Centri Diurni di cui alla DGRC 7301/2001 nei limiti del tetto di spesa sociosanitario e che hanno già stipulato contratti con le AASS.LL. per la fornitura del servizio;
- o Che, per gli utenti assistiti in strutture di cui al punto 3), verrà applicata, in sede di valutazione effettuata dall'U.V.I. (Unità di Valutazione integrata), la DGRC 1811/07 e s.m.i. (SVAMA);
  - o Che, per i casi riportati ai punti 1) e 2), superati i 240 gg, verrà applicata, in sede di valutazione e rivalutazione effettuata dall'U.V.I. la DGRC 1811/07 e s.m.i. (SVAMA), ad eccezione dei casi previsti dalla DGRC 482/2004 "Linee Guida Regionali per la Riabilitazione in Campania"; o o



COMMISSARIO AD ACTA PER L' ATTUAZIONE DEL  
PIANO D/ RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO  
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 24/7/2009)

- o Che per tutti i casi soprariportati non si genera accreditamento istituzionale ai sensi del Regolamento n. 1 del 22.06.2007 e si determina alcun presupposto per il rilascio dello stesso;
- o Che a seguito delle risultanze delle valutazioni multidimensionali, le strutture provvisoriamente accreditate ex art 26, in fase di attuazione del percorso di accreditamento dovranno definitivamente optare per il regime assistenziale più idoneo ai propri assistiti/utenti;

TENUTO CONTO, altresì,

- della nota dell'Assessore alla Sanità n. 3555/SP del 27.8.09 con cui, ai sensi del punto ne 18 della già citata delibera del Consiglio dei Ministri 28 luglio 2009 di nomina del Commissario ad acta, veniva chiesto agli organi competenti del Consiglio Regionale di dare disposizioni alla V Commissione Consiliare per il differimento dell'approvazione del "Regolamento di compartecipazione al costo delle prestazioni..." allegato alla DGRC 1267 del 16 luglio 2009;
- delle osservazioni espresse dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali Ministero del Economia e delle Finanze con parere n. 272-P del 20.11.2009 in ordine al Regolamento di compartecipazione di cui alla DGRC 1267/2009;
- delle istanze promosse dalle Associazione delle famiglie di disabili di cui al verbale agli atti degli uffici competenti sottoscritto dalle rappresentanze delle associazioni il 23 novembre 2009;

RITENUTO, alla luce di quanto sopra, procedere all'adozione delle "Linee di indirizzo sulla compartecipazione sociosanitaria" di cui all'Allegato C del presente provvedimento, trasmesse dall'Assessore alle Politiche Sociali con nota n. 3384/SP del 30/12/2009;

DECRETA

1. Di recepire la D.GR.C. n. 1267 del 16 luglio 2009 con le modifiche ed integrazioni di cui al presente provvedimento;
2. di approvare l' "Allegato A" del presente provvedimento recante "Figure professionali e tempi di assistenza per RSA e Centri Diurni per cittadini non autosufficienti anziani, disabili e demenze, con cui si è proceduto ad una rimodulazione dei tempi di assistenza della figura professionale "OSS" esclusivamente per il modulo "RSA medio livello assistenziale" e che sostituisce l'allegato 3 della DGRC 2006/2004;
3. per effetto di quanto disposto al punto precedente si devono intendere modificati i requisiti organizzativi e di personale per l'accreditamento istituzionale delle RSA e Centri Diurni per anziani non autosufficienti e per disabili non autosufficienti previsti nella scheda SRs3 allegata al Regolamento del Consiglio Regionale n. I del 22.06.2007, in tema di accreditamento istituzionale delle Residenze Sanitarie;



COMMISSARIO AD ACTA PER L' ATTUAZIONE DEL  
PIANO D/ RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO  
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 24/7/2009)

4. di approvare le tariffe per le prestazioni sociosanitarie erogate dalle RRSSAA e Centri Diurni per cittadini non autosufficienti anziani, disabili e demenze come da "Allegato B" al presente provvedimento che modifica ed integra le tariffe di cui alla DGRC 1267 del 16 luglio 2009;
5. Di adottare le "Linee di indirizzo sulla compartecipazione sociosanitaria" di cui all'Allegato C del presente provvedimento, trasmesse dall'Assessore alle Politiche Sociali con nota n. 3384/SP del 30/12/2009, che recano altresì, lo schema di regolamento per la compartecipazione alle prestazioni sociosanitarie per i Comuni associati in ambiti territoriali;
6. di stabilire che le tariffe di cui all'Allegato B, in attesa del completamento della rete di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale e nelle more dell'accreditamento definitivo ai sensi del Regolamento 1/2007, sono applicate per le prestazioni sociosanitarie erogate altresì da:
  - centri provvisoriamente accreditati ex art 26 L.833/78 che assistono utenti in regime residenziale e semiresidenziale, che hanno superato i 240 gg di permanenza e hanno presentato istanza di riconversione in RSA e/o Centro Diurno;
  - centri provvisoriamente accreditati ex art 26 L833/78 che pur non avendo presentato istanza di riconversione in RSA e/o Centro Diurno, assistono utenti in regime residenziale e semiresidenziale che hanno superato i 240 gg di permanenza;
  - strutture sociosanitarie per anziani, disabili e demenze che hanno presentato istanza e che sono in attesa dell'accreditamento istituzionale, già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio quali RR.SS.AA, e/o Centri Diurni di cui alla DGRC 7301/2001 nei limiti del tetto di spesa sociosanitario e che hanno già stipulato contratti con le AA.SS.LL per la fornitura del servizio;
- o Che, per gli utenti assistiti in strutture di cui al punto c), verrà applicata, in sede di valutazione effettuata dall'U.V.I., la DGRC 1811/07 e s.m.i. (SVAMA);
- o Che, per i casi riportati ai punti a) e b) superati i 240 gg, verrà applicata, in sede di valutazione e rivalutazione effettuata dall'UVI, la DGRC 1811/07 e s.m.i. (SVAMA), ad eccezione dei casi previsti dalla DGRC 482/2004 "Linee Guida Regionali per la Riabilitazione in Campania";
- o Che per tutti i casi soprariportati non si genera accreditamento istituzionale ai sensi del Regolamento n. 1 del 22.06.2007 e non si determina alcun presupposto per il rilascio dello stesso;
- o Che a seguito delle risultanze delle valutazioni multidimensionali, le strutture provvisoriamente accreditate ex art 26, in fase di attuazione del percorso di accreditamento dovranno definitivamente optare per il regime assistenziale più idoneo ai propri assistiti/utenti;
7. Che i Commissari Straordinari/Direttori Generali delle AASSLL hanno l'obbligo, di conferire alle strutture periferiche distrettuali competenti, ai direttori di distretto e ai responsabili delle UU.OO, in relazione alla tipologie degli utenti, l'obiettivo di sottoporre gli assistiti sia in fase autorizzativa che di verifica dei risultati, ad opportuna valutazione multidimensionale e conseguente progetto personalizzato verificabile periodicamente secondo la normativa nazionale e le linee guida regionali della riabilitazione di cui alla DGRC 482/04 e della DGRC 1811/2007 e s.m.is;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

COMMISSARIO AD ACTA PER L' ATTUAZIONE DEL  
PIANO D/ RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO  
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 24/7/2009)

8. Che tale fase valutativa, qualora non sia già completata, dovrà essere definitivamente conclusa entro il 30 aprile 2010;
9. Che in applicazione dell' "Allegato C - Linee di indirizzo sulla compartecipazione sociosanitaria".
  - 9.1 i Comuni/utenti dovranno versare all'ASL di competenza la quota di compartecipazione sociale con le modalità e secondo le apposite procedure che saranno comunicate dalla stesse Aziende Sanitarie Locali;



*Regione Campania*

*Il Presidente*

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE  
PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO  
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI (24/7/2009))

- 9.2 i Comuni, nel determinare il concorso degli utenti al costo delle prestazioni, si attengono ai criteri di cui alle suddette "Linee di indirizzo", che individuano i criteri regionali ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. e) della L.R. n. 11/2007;
10. che, ai sensi delle DGRC n. 1843/05 e n. 800/06, nonché dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, aggiunto dal decreto legge n. 248 del 31 dicembre 2007, convertito con modifiche nella legge 28 febbraio 2008. n. 31, i provvedimenti in materia di tariffe, come il presente decreto, non determinano aumento dei limiti di spesa assegnati ai centri privati accreditati e/o temporaneamente accreditati per il primo trimestre 2010 dal decreto del Commissario ad acta n. 19 del 30 dicembre 2010 ed eventuali successive modifiche ed integrazioni;
11. Che la Struttura di supporto è incaricata dell'esecuzione del presente provvedimento e dell'invio al BURC per la pubblicazione.

Il Commissario ad Acta  
Antonio Bassolino

L'Assessore alla Sanità  
Prof. M.L. Santangelo

Il Sub Commissario ad Acta  
Dott. Giuseppe Zuccatelli

Il Coordinatore dell'Area n.19  
Dott. A. D'Ascoli

Il Coordinatore dell'Area 20  
Dott. M. Vasco

Il Dirigente del Settore Fasce deboli  
Dott.ssa Rosanna Romano

Il Dirigente del Servizio  
Economico Finanziario  
Dott. G.F. Ghidelli

Il Funzionario responsabile  
M. Canzanella

**ALLEGATO A**

RSA DISABILI MODULO PER 20 OSPITI AD ALTO LIVELLO ASSISTENZIALE				
Profilo	Qualifica funzionale	Cat.Min sett/ospiteN, operatori/nucleo		
Medici	Dir.	0,32		
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	D	216	2
	Fisioterapisti	D	162	1,5
	Terapista occupazionale	D	108	1
	Educatore professionale	D	108	1
	Animatore di comunità	C	108	1
	Assist. Sociale	D	36	033
	OSA	A <sub>2</sub>	324	3
Personale amministrativo	OSS*	B	432	4
	Assistente Amm.vo	C	36	0.33
RSA DISABILI MODULO PER 20 OSPITI A MEDIO LIVELLO ASSISTENZIALE				
Profilo	Qualifica funzionale	Cat.	Min.sett/ospite	N, Operatori,nucleo
Medici	Dir,			0.32
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	D	108	1
	Fisioterapisti	D	162	1,5
	Tera istaocc azionale	D	108	1
	Educatore Professionale	D	108	1
	Animatore di Comunità	c	108	1
	Assist. Sociale	D	36	033
	OSA	A <sub>1</sub>	216	2
Personale amministrativo	OSS*	D	216	2
	Assistente Amm.vo	c	36	1
CENTRO DIURNO DISABILI 20 OSPITI				
Profilo	Qualifica funzionale		Min.sett]ospite	N. Operatoti/nucleo
Medico Responsabile	Dir.			0,32
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	D	54	0,50
	Fisiotera isti	D	108	1
	Ter ista OCCI azionale	D	108	1
	Educatore rofessionale	D	108	1
	Psicologo	Dir.	36	0 33
	Animatore di Comunità	c	216	1
	Assist. Sociale	D	36	033
	OSA	A <sub>2</sub>	216	2
Personale amministrativo	OSS	'B	108	1
	Assistente Amm.vo			

**ALLEGATO A**

Personale amministrativo	Assistente Amm-vo	C	36	0,33
--------------------------	-------------------	---	----	------

**RSA ANZIANI MODULO PER 20 OSPITI AD ALTO LIVELLO ASSISTENZIALE**

Profilo	Qualifica funzionale	Cat.	Min. sett/ospite	N. operatori/nucleo
Medici	Dir.			0,32
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	D	216	2
	Fisioterapisti	D	108	1
	Animatore di Comunità	C	216	2
	Assist. Sociale	D	36	0,33
	OSA	A <sub>2</sub>	324	3
Personale amministrativo	OSS*	B	432	4
	Assistente Amm.vo	c	36	0,33

**RSA ANZIANI MODULO PER 20 OSPITI A MEDIO LIVELLO ASSISTENZIALE**

Profilo	Qualifica funzionale		Min.settlospite	N. Operatori/nuc}eo
Medici	Dir.			0.32
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	D	108	1
	Fisiot ist i	D	108	1
	Terapista occupazionale	D	54	0,5
	Animatore di Comunità	c	216	2
	Assist. Sociale	D	36	0,33
	OSA	A <sub>2</sub>	324	3
Personale amministrativo	OSS*	B	216	2
	Assistente Amm.vo	c	36	0.33

**CENTRO DIURNO ANZIANI PER 20 OSPITI**

Profilo	Qualifica funzionale	Cat.	Min,sett/ospite	N. Operatori/nuc!eo
Medico Responsabile	Dir.			0,32
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	D	54	0,50
	Fisioterapisti	D	108	1
	Terapista occasionale	D	108	1
	Psicologo	Dir.	36	0,33
	Animatore di Comunità	C	108	1
	Assist. Sociale	D	36	0,33
	OSA	A <sub>2</sub>	108	1
	OSS*	B	108	1
Personale amministrativo	Assistente Amm.vo	B	36	0,33

ALLEGATO A

RSA ANZIANI PER 20 OSPITI PER DEMENZE				
Profilo	Qualifica funzionale	Cat.	Min. sett/ospite	N. operatori/nucleo
Medici	Dir.			0,32
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	D	216	2
	Fisioterapisti	D	108	1
	Tera ista occupazionale	D	54	0,5
	Psicologo	Dir	36	0,32
	Animatore di comunità	C	108	1
	Assist. Sociale	D	36	3
	OSA	A <sub>2</sub>	324	0,33
	OSS*	B	400	3,70
Personale amministrativo	Assistente Amm.vo		36	0,33

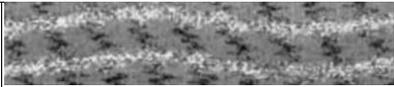
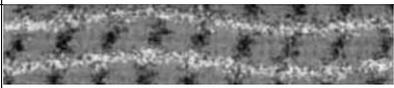
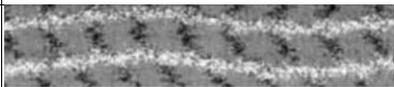
CENTRO DIURNO ANZIANI PER 20 OSPITI PER DEMENZE				
Profilo	Qualifica funzionale	Cat.	Min.setL/ospite	N, Operatori/nucleo
Medico Responsabile	Dir.			Os32
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	D	54	0 50
	Fisioterapisti	D	108	1
	Terapista occupazionale	D	108	1
	Psicologo	Dir.	36	0532
	Animatore di Comunità	C	108	1
	Assist. Sociale	D	36	0,33
	OSA	A <sub>2</sub>	216	2
	OSS	B	108	1
Personale amministrativo	Assistente Amm.vo	C	36	0 33

## Allegato B

---

Tariffe per prestazioni erogate da Residenze Sanitarie Assistite e Centri Diurni  
ai sensi della L. 8/2003

### Tipologie di struttura

Residenza Sanitaria Assistita Diaria giornaliera in Euro		
Anziani	alto livello assistenziale	104,7
	medio livello assistenziale	90,9
Demenze		105,09
Disabili	Alto livello assistenziale	115,06
	Medio livello assistenziale	92,01
Centro Diurno Diaria giornaliera in Euro		
Anziani		57,6
Disabili		69,51
Demenze		62,55



Giunta Regionale della Campania

Linee di indirizzo in materia di compartecipazione ai servizi sociali e sociosanitari

## ALLEGATO C

### **Linee di indirizzo in materia di compartecipazione sociosanitaria**

In attuazione della legge quadro in materia di politiche sociali n. 328/2000, la Regione Campania, ha già definito nell'ambito delle Linee Guida per la III annualità dei Piani Sociali di Zona (DGR n. 586 del 16/04/04), indirizzi specifici per disciplinare il concorso degli utenti al costo delle prestazioni sociali e sociosanitarie ed ha fornito uno schema tipo di regolamento per l'adozione dei suddetti criteri da parte dei Comuni associati in Ambiti territoriali.

Successivamente, i Comuni associati in Ambiti Territoriali, con propri regolamenti, hanno introdotto e sperimentato nelle precedenti annualità di attuazione della I. 328/2000 (111-VII) modalità di compartecipazione degli utenti al costo dei servizi erogati sulla base del Piano Sociale di Zona.

Oggi, alla luce delle novità normative introdotte dalla legge regionale n. 11/2007 "Legge Regionale per Dignità e la Cittadinanza Sociale", e dal Piano Sociale Regionale (DGR n. 694/2009), è necessario considerare terminata tale fase di sperimentazione e riproporre, con opportune modifiche, un aggiornamento degli Indirizzi regionali in materia di criteri di compartecipazione.

Il tema della compartecipazione ai costi s'inserisce nello spirito più generale della poichè concorre insieme agli altri strumenti di regolazione previsti dalla norma, a garantire un sistema integrato di interventi e servizi a tutela della dignità della persona, con carattere di universalità ed esigibilità.

Nel dettaglio la legge regionale n. 11/2007 dedica in più punti spazio alla necessità di regolare i criteri di accesso e di compartecipazione ai costi da parte degli utenti. Sancisce un criterio di accesso prioritario ai servizi a fronte di determinate fasce di bisogno: condizioni di povertà, di totale o parziale mancanza di autonomia, difficoltà di inserimento nella vita sociale e nel lavoro, o necessità di interventi assistenziali conseguenti a disposizioni dell'Autorità Giudiziaria.

Definiti i criteri di priorità, la norma attribuisce alla Regione l'individuazione di criteri per determinare il concorso degli utenti al costo delle prestazioni, assicurando una uniforme applicazione dell'indicatore socio-economico di equivalenza, rispetto a genere, stato di bisogno e condizioni sociali differenti, ed affida alla potestà dei Comuni associati in Ambito Territoriale, la regolamentazione dell'accesso prioritario e della compartecipazione degli utenti al costo dei Servizi. (art. 8 e IO)

Nel rispetto quindi degli assetti istituzionali determinati dalla riforma del Titolo V della Costituzione, dal Testo Unico degli Enti Locali e della legge regionale n. 11/2007 la Regione Campania intende promuovere su tutto il territorio azioni sinergiche di messa a



## Giunta Regionale della Campania

### Linee di indirizzo in materia di compartecipazione ai servizi sociali e sociosanitari

regime di un sistema integrato di interventi e servizi sociali e sociosanitari adeguati ai reali bisogni della comunità di riferimento.

Il sistema di servizi territoriali deve garantire una presa in carico globale e continuativa del cittadino attraverso azioni sistematiche di concertazione tra Comuni singoli o associati in Ambiti Territoriali, AASSLL, organismi del terzo settore promuovendo la partecipazione attiva nei processi programmatici delle organizzazioni sindacali, delle associazioni di categoria e dei cittadini.

Risulta di primaria importanza garantire l'organizzazione di servizi a favore di cittadini in condizione di non autosufficienza assicurandone la continuità assistenziale. I criteri ispiratori del sistema integrato di offerta devono sottostare a principi di efficacia, efficienza, economicità, trasparenza e solidarietà.

Nel rispetto dell'autonomia dei Comuni, la Regione per garantire uniformità nei criteri di accesso al sistema integrato dei servizi ed a maggior tutela dei diritti dei cittadini campani, propone un nuovo atto d'indirizzo sulle modalità di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti. A tale fine si fornisce ai Comuni associati in Ambiti territoriale uno schema di regolamento al fine di agevolare l'individuazione di strumenti condivisi.

Gli elementi essenziali del presente atto di indirizzo sono i seguenti.

- La definizione da parte della Regione di soglie minime e massime di reddito pro capite per l'individuazione delle quote di esenzione dai costi o di compartecipazione al 100% e nella proposta di un metodo di calcolo per la quota di compartecipazione.

L'assunzione della pensione minima erogata dall'INPS come criterio di calcolo della soglia di reddito (ISEE o reddito individuale) minima e massima, sulla base della quale calcolare la compartecipazione e la previsione di modalità di calcolo differenti per tipologie di servizi (domiciliari, semiresidenziali, residenziali).

E' prevista 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.

Pertanto, per l'accesso ai servizi domiciliari e semiresidenziali per la determinazione della compartecipazione al costo dei servizi sociosanitari si procede individuando:

- a) la soglia [ISEE o di reddito individuale] 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,



## Giunta Regionale della Campania

### Linee di indirizzo in materia di compartecipazione ai servizi sociali e sociosanitari

pari ad Euro 9.530,56 per il 2009<sup>4</sup> • [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 o di reddito individuale] 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 l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS (a seconda del tipo di servizio e di quanto si voglia incentivare la domanda) pari a € 25.911,37 per il 2009;
- c) Per qualsiasi valore [ISEE o di reddito individuale] compreso tra le soglie di cui ai precedenti punti a) e b) il soggetto richiedente la prestazione sarà tenuto a corrispondere una quota agevolata di compartecipazione al costo del servizio strettamente correlata alla propria situazione economica e scaturente dalla seguente formula:

$$\text{COMP}_{ij} = \text{I.S.E.E.}_i * \text{CS}_o / \text{I.S.E.E.}_o$$

dove:

**Comp**<sub>ij</sub> rappresenta la quota di compartecipazione del soggetto i relativa alla prestazione sociale;

**I.S.E.E.**<sub>i</sub> rappresenta l'indicatore della situazione economica equivalente del richiedente;

**CS**<sub>o</sub> rappresenta il costo unitario della prestazione;

**I.S.E.E.**<sub>o</sub> rappresenta la soglia massima dell'indicatore situazione economica equivalente oltre la quale è previsto il pagamento della prestazione.

Per la determinazione della compartecipazione al costo dei servizi residenziali, per i soggetti richiedenti non titolari d'indennità di accompagnamento, si applicano gli stessi criteri di calcolo delle soglie previsti per i servizi semiresidenziali e domiciliari. 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 Il febbraio 1980, n. 18, e risulti titolare di un reddito (individuale o I.S.E.E. laddove più vantaggioso] inferiore alla soglia di esenzione così come definita per i servizi domiciliari o semiresidenziali, 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 Il febbraio 1980, n. 18, e risulti titolare di un reddito [individuale o T.S.E.E. laddove più vantaggioso] superiore alla soglia di esenzione e inferiore alla soglia massima di cui all'art. 7, l'indennità di accompagnamento va sommata al reddito così come definito per il calcolo della quota di compartecipazione. Posta come **IA** l'indennità su base annua la formula di riferimento sarà pari a **Comp**<sub>ij</sub> = I.S.E.E.<sub>i</sub> + IA \* / I.S.E.E.<sub>o</sub>

---

<sup>4</sup> Nel 2009, il trattamento minimo INPS annuo è pari a Euro 5.956,60 -  
Pari a € 5.664 per il 2009



Giunta Regionale della Campania

Linee di indirizzo in materia di compartecipazione ai servizi sociali e sociosanitari

- E' lasciata all'autonomia decisionale dei Comuni associati in Ambiti Territoriali la facoltà di definire sia soglie minime e massime alternative se più favorevoli alle esigenze dei propri cittadini, sia di definire fasce intermedie di reddito e relativa quota di compartecipazione, comprese fra le soglie minima e massima;
- E' previsto che la compartecipazione ai costi per i servizi sociosanitaria sia calcolata in base alla quota di spesa sociale delle singole prestazioni ex DPCM 29.11.01.



Giunta Regionale della Campania

Linee di indirizzo in materia di compartecipazione ai servizi sociali e sociosanitari

## Schema di regolamento per i Comuni associati in Ambiti territoriali per la compartecipazione alle prestazioni sociosanitarie

### Articolo 1

#### Oggetto del Regolamento

Il presente Regolamento disciplina criteri di determinazione della quota di compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni sociosanitarie erogate dai Comuni associati nell'Ambito territoriale. A tal fine esso fa esplicito riferimento a quanto disposto dalla L.R. 11/2007, 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 regolamento 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 I allegata al D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 109, così come modificata dal D.Lgs. 130/2000.

Ai fini del presente regolamento 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

3

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;



## Giunta Regionale della Campania

### Linee di indirizzo in materia di compartecipazione ai servizi sociali e sociosanitari

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.

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 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.

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:

$$\text{ISE} = \mathbf{R} + \mathbf{0,2 P}$$

Dove R è il reddito e P il patrimonio calcolati come di seguito specificato nei punti I 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;



## Giunta Regionale della Campania

### Linee di indirizzo in materia di compartecipazione ai servizi sociali e sociosanitari

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

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

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<sup>0</sup> 0 per l'anno 2009) al patrimonio mobiliare; 2 TI 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 IPr 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. IO:

- 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 I ;
- 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 I ;
- 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;



## Giunta Regionale della Campania

### Linee di indirizzo in materia di compartecipazione ai servizi sociali e sociosanitari

- Masse patrimoniali, costituite da somme di denaro o beni non relativi all'impresa affidate in gestione ad un soggetto abilitato ai sensi del DLgs. 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 I ;
- Altri strumenti e rapporti finanziari per i quali va assunto il valore decorrente alla data di cui al punto I, 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:

$ISEE = ISE \cdot S$  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

I. 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



Giunta Regionale della Campania

Linee di indirizzo in materia di compartecipazione ai servizi sociali e sociosanitari

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) Automobili
- 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.

### **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 9.530,56 per il 2009<sup>5</sup> [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 l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS (a seconda del tipo di servizio e di quanto si voglia incentivare la domanda) pari a € 25.911,37 per il 2009;
- 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

---

<sup>5</sup> Nel 2009, il trattamento minimo INPS annuo è pari a Euro 5.956,60



## Giunta Regionale della Campania

Linee di indirizzo in materia di compartecipazione ai servizi sociali e sociosanitari

d) compartecipazione al costo del servizio strettamente correlata alla propria situazione economica e scaturente dalla seguente formula:

$$\text{comp } i\} = \text{I.S.E.E.i} * \text{CSO} / \text{I.S.E.E.O}$$

dove:

**Comp i j** rappresenta la quota di compartecipazione del soggetto i relativa alla prestazione sociale j;

**I.S.E.Ei** rappresenta l'indicatore della situazione economica equivalente del richiedente; CS o 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<sup>6</sup>

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 accompagnamento va sommata al reddito così come definito per il calcolo della quota di compartecipazione.

Posta come **IA** l'indennità su base annua la formula di riferimento sarà pari a **Comp ij = I.S.E.E.i + IA \* / I.S.E.E.O**

---

<sup>6</sup> Pari a € 5664 per il 2009



## Giunta Regionale della Campania

### Linee di indirizzo in materia di compartecipazione ai servizi sociali e sociosanitari

dove:

Comp ij rappresenta la quota di compartecipazione agevolata del soggetto i relativa alla prestazione sociale;

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

CS o 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

## 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.<sup>7</sup>

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 priorità, 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, 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 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.

---

DGRC 20062004- "Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale, semiresidenziale per anziani, disabili e demenza ai sensi della l.r 22 aprile 2003 n° 8"



## Giunta Regionale della Campania

Linee di indirizzo in materia di compartecipazione ai servizi sociali e sociosanitari

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 ascritta 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 di residenza 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 del '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 Regolamento

Copia del presente regolamento, 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.



Seduta de/ Consiglio Comunale del

---

**PROPOSTA DI DELIBERAZIONE**

**OGGETTO: APPROVAZIONE REGOLAMENTO PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE, CEROGAZIONE LA COMPARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI AL COSTO, DELLE PRESTAZIONI socio SANITARIE AISSENSI DELLA D.G.R\*C 41/11 E DEL DECRETO COMMISSARIO AD ACTA.**

---

PARERE DI REGOLARITA' TECNICA  
(Arta 49 del Decreto Legislativo 267 del **18.08.**)

Si esprime parere FAVOREVOLE

Comune di Sorrento, il 13.08.2012

IL DIRIGENTE DEL I DIPARTIMENTO

DOTT. ANTONINO GIANMARINO

---



Seduta del Consiglio Comunale del \_\_\_\_\_

**PROPOSTA DI DELIBERAZIONE**

**OGGETTO: APPROVAZIONE REGOLAMENTO PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE, L'EROGAZIONE E LA COMPARTICIPAZIONE DEGLI UTENTI AL COSTO, DELLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE AI SENSI DELLA D.G.RaC 41/11 E DEL DECRETO COMMISSARIO AD ACTA**

---

**PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE**

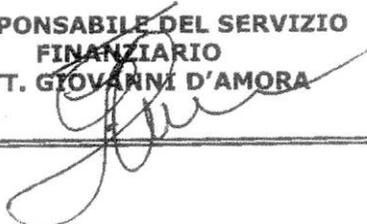
(Art. 49 del Decreto Legislativo n, 267 del 18.08.2000)

Si esprime parere FAVOREVOLE

Comune di Sorrento, li 18/09/2012

**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO  
FINANZIARIO  
DOTT. GIOVANNI D'AMORA**

---



COLLEGGIO DEI REVISORI

---

Al Presidente del Consiglio Comunale

Oggetto: approvazione regolamento per l'accesso, la valutazione, l'erogazione compartecipazione degli utenti al costo, delle prestazioni socio sanitarie ai sensi D. G.R.C, 41/11 e del decreto commissario ad acta 6/10 e ss.mm,ii

In data 24 settembre 2012 presso la Casa Comunale si è riunito il Collegio dei Revisori dei Conti nelle persone di:

dott. Francesco Parlato -  
Presidente rag. Ferdinando  
Esposito - Revisore

Il presidente dichiara la seduta valida ed atta a deliberare.  
Letta la proposta al Consiglio Comunale a firma del Sig. Sindaco

Visti

I pareri di regolarità tecnica e contabile espressi ai sensi dell'artA9 del D.lgs.vo n.267/2000 dai dirigenti dei dipartimenti interessati;

Il Collegio dei Revisori  
Sorrento, 24 settembre 2012

Il Collegio dei Revisori

dott. Francesco Parlato - Presidente



rag. Ferdinando Esposito - Revisore



VISTO  
28/9/12  
LM

AL PRESIDENTE DEL  
CONSIGLIO COMUNALE

AD INTEGRAZIONE DI TRASPARENTE PANENE

IN SOSTITUZIONE DI QUELLO PRESENTATO IL 24/9/12

PROT. 39385 CHE PER DEBOLEZZA DI FIDUCIA

NON RIPOSAVA " PANENE FAVOREVOLE"

Francesco Palmieri

Al Presidente del Consiglio Comunale

Oggetto: approvazione regolamento per l'accesso, la valutazione, l'erogazione e compartecipazione degli utenti al costo, delle prestazioni socio sanitarie ai sensi D G.R.C. 41/11 del decreto commissario ad acta 6/10 e ss.mm.,ii

In data 24 settembre 2012 presso la Casa Comunale si è riunito il Collegio dei Revisori dei Conti nelle persone di:

dott. Francesco Parlato - Presidente  
rag. Ferdinando Esposito Revisore

Il presidente dichiara la seduta valida ed atta a deliberare  
Letta la proposta al Consiglio Comunale a firma del Sig. Sindaco

Visti

I pareri di regolarità tecnica e contabile espressi ai sensi dell'art9 del D.lgsvo [1.267/2000 dai dirigenti dei dipartimenti interessati;

*ESPOSITO PARLATO FAVOREVOLI.*

Il Collegio dei Revisori

Sorrento, 24 settembre 2012

Il Collegio dei Revisori

dott. Francesco Parlato -Presidente

rag. Ferdinando Esposito - Revisore

*Francesco Parlato*

*Ferdinando Esposito*

abbiamo perso. Allora se dice c'è il rapporto almeno uno a uno, una la vinciamo una la perdiamo, possiamo pure giustificare, ma se le perdiamo tutte quante che li andiamo fare,

Tanto vale annullare

IL PRESIDENTE Bene, votiamo chi è favorevole? Quindi siamo sempre undici. Contrari? Tre.

Astenuti zero. La IE, undici favorevoli e tre contraria

Passiamo al punto numero 14 - **Riconoscimento debito fuori bilancio IV Dipartimento.**

IL SINDACO Questo invece è il pagamento per una sentenza, no questo è un pagamento per un credito che vanta l'architetto Giuseppe Olmo. come tecnico d'ufficio nominato dal Tribunale nella causa d\*Angelo Giuseppe e Barba Maria Immacolata. Siccome questa causa è stata vinta, però ha compensato le spese, ci tocca pagare la metà della consulenza.

IL PRESIDENTE Bene chi è favorevole alzi la mano, undici sempre Contrari? Tre. Astenuti zero.

La IE favorevoli. Contrari tre e astenuti zero.

Punto numero 15 - **Riconoscimento debiti fuori bilancio II Dipartimento sentenza 3804**

**Giudice di Pace di Sorrento -**

IL SINDACO - Allora sempre una sentenza del Giudice di Pace e queste sono tutte contravvenzioni e sono tutte quante da 124 euro fino a 186 euro. E sempre la stessa storia\*

IL PRESIDENTE - Benissimo, allora votiamo. Chi è favorevole? Undici. Contrari? Tre, Astenuti zero. La IE favorevoli undici, contrari tre e astenuti zero.

L'ultimo punto all'ordine del giorno - **Regolamento per l'accesso, la valutazione e erogazione e la compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni socio sanitarie ai sensi (il decreto 4111 decreto Commissario ad acta 6/10 .**

IL SINDACO Allora questo è il regolamento per l'accesso alla valutazione e erogazione con compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni socio sanitarie ai sensi del decreto 41 del decreto Commissario ad acta 6/10 s.m.it Proposta al Consiglio,

Questo è un nuovo regolamento che ci ha imposto la legge, è stata approvata la proposta in Giunta. con la Giunta del 28 agosto 2012 n. 198, perché da quest'anno ci sta la compartecipazione da parte dell'ente e pertanto era necessario approvare il regolamento in base al quale l'utente dovrà logicamente pagare quello che è dovuto. oppure pagare perché è esente in base al regolamento alle previsioni che abbiamo fatto all'interno di questo atto:

IL PRESIDENTE - Prego Consigliere Schisano,

CONSIGLIERE ALESSANDRO SCHISANO vi è praticamente specificato che il regolamento era da consegnare tassativamente entro il 30 agosto...

IL SINDACO È stato consegnato, perciò l'abbiamo approvato in Giunta, abbiamo trasmesso quello con all'approvazione fatta in Giunta.

CONSIGLIERE ALESSANDRO SCHISANO Quindi di fatto voglio dire se avessimo degli emendamenti non è possibile...

IL SINDACO No perché?

CONSIGLIERE ALESSANDRO SCHISANO ..... più farli..

IL SINDACO ....perché lo possiamo pure fare voglio dire..

CONSIGLIERE ALESSANDRO SCHISANO ..... no sto ponendo il problema ecco..

IL SINDACO .... no secondo me sì, perché voglio dire era diciamo indispensabile approvarlo...

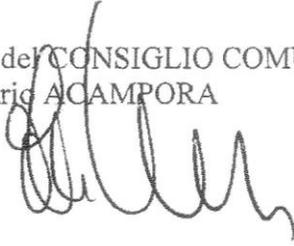
CONSIGLIERE ALESSANDRO SCHISANO.... era solo per capire,.

IL SINDACO - .... però si possono fare, si possono fare gli emendamenti, non è diciamo le altre volte che è capitato che siamo venuti qua con i protocolli d'intesa che non si sono potuti fare gli emendamenti, questo è un regolamento che comunque può essere emendato.

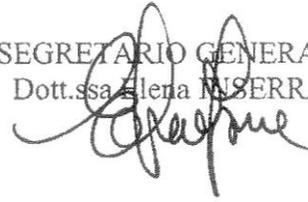
CONSIGLIERE ALESSANDRO SCHISANO - Vabbè era solo per capire il procedimento

IL PRESIDENTE Bene« possiamo votare chi è favorevole al regolamento alzi la mano. Siamo undici. Contrari? Astenuti? Allora favorevoli undici, astenuti tre, contrari zero? La IE, favorevoli undici e astenuti tre\* Grazie la seduta è sciolta.

IL PRESIDENTE del CONSIGLIO COMUNALE  
Sig. Mario ACAMPORA



IL SEGRETARIO GENERALE  
Dott.ssa Elena MISERRA



---

### CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

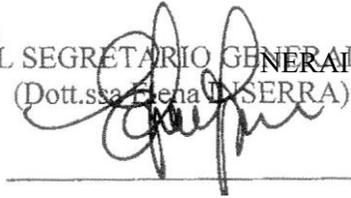
Il sottoscritto Segretario Generale certifica che copia della presente deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio comunale on line il giorno 18 OTT.2012 per la prescritta pubblicazione di quindici giorni consecutivi.

**18 OTT.2012**

Dal Municipio li, \_\_\_\_\_



IL SEGRETARIO GENERALE  
(Dott.ssa Elena MISERRA)



L'ADDETTO ALLA PUBBLICAZIONE

 IL MESSO NOTIFICATORE  
*De Martino Pasquale*