

# *AMBITO N 12 Comune Capofila Pozzuoli*

*Comuni di:*

*POZZUOLI*



*BACOLI*



*MONTE DI PROCIDA*



***Nuovo regolamento per l' accesso ai servizi  
socio-sanitari ed al sistema delle cure domiciliari  
integrate e funzionamento delle U.V.I.***

## ART. 1 Principi

Il presente regolamento redatto ai sensi dell'art. 41 c. 3 della L.R. 11/2007 determina i criteri di accesso e valutazione finalizzati all'erogazione degli interventi e dei servizi integrati, sociali e sanitari, sul territorio dell'Ambito N12, nel rispetto delle norme e degli indirizzi nazionali e regionali in materia. E' stato approvato dal C.I. in data 12/09/2013 con Delibera n.9.

## ART. 2 – Definizione di prestazioni socio sanitarie

L'art. 3 septies c. 1 del D.Lgs. 229/99 definisce prestazioni sociosanitarie tutte le prestazioni atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. Esse sono dettagliate, unitamente alle percentuali di costo a carico dei Comuni/cittadini e dell'ASL, nell'allegato 1C del DPCM 29/11/2001 e nel DPCM 14/02/2001 in particolare riguardo all'intensità assistenziale.

Esse sono suddivise in prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari.

I destinatari degli interventi sono le persone in stato di bisogno socio-sanitario complesso che usufruiscono di prestazioni socio-sanitarie compartecipate (DPCM 14.02.01 e DPCM 29.11.01).

Le prestazioni socio-sanitarie compartecipate sono quelle prestazioni nelle quali "la componente sanitaria e sociale non risulta operativamente distinguibile" e per le quali l'entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza dell' ASL e dei Comuni.

Si articolano in:

- prestazioni domiciliari
- prestazioni semiresidenziali
- prestazioni residenziali

Gli interventi sociosanitari che prevedono una compartecipazione alla spesa, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sono di competenza congiunta dell'ASL e dei Comuni dell'Ambito. La titolarità compete esclusivamente all'ASL per i servizi semiresidenziali e residenziali programmati nella scheda 3.7.

Ai sensi dell'art. 37 c. 3 della legge regionale n. 11/2007, le tipologie delle prestazioni sociosanitarie compartecipate e la ripartizione degli oneri finanziari tra enti locali, ASL e utenti, sono quelle di cui all'allegato 1C al DPCM 29.11.01, come di seguito specificate

<b>Livelli di Assistenza Macro-livelli</b>	<b>Livelli di Assistenza micro-livelli</b>	<b>Prestazioni</b>	<b>% costi a carico dell'utente o del Comune</b>
(1) Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)	Prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona	<b>50%</b>
(2) Assistenza territoriale semiresidenziale	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi	<b>30%</b>
(3) Assistenza territoriale semiresidenziale	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani	Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo	<b>50%</b>

(4) Assistenza territoriale residenziale	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale	<b>60%</b>
(5) Assistenza territoriale residenziale	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi	<b>30%</b>
(6) Assistenza territoriale residenziale	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi di sostegno familiare	<b>60%</b>
(7) Assistenza territoriale residenziale	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani	Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo	<b>50%</b>
(8) Assistenza territoriale residenziale	Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone affette da AIDS	Prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale	<b>30%</b>

### **Art. 3 – Definizione del servizio di cure domiciliari integrate**

Il servizio di cure domiciliari integrate consiste in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio-assistenziali, sanitarie e socio-sanitarie, qualora in condizioni di confinamento domiciliare e/o impossibilità ad utilizzare risorse ambulatoriali, diurne, ospedaliere.

Caratteristica del servizio è l'unitarietà dell'intervento che assicura prestazioni programmate all'interno di progetti assistenziali personalizzati, limitati nel tempo, legati al periodo di disequilibrio clinico e ad una condizione transitoria di patologia e non autosufficienza. L'obiettivo è stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale, consentire la permanenza al proprio domicilio finchè possibile. Il perdurare degli interventi di aiuto infermieristico/assistenza tutelare oltre il breve e medio termine è previsto solo per i soggetti con bisogni di cura domiciliari di terzo livello (già Ospedalizzazione Domiciliare – cure palliative) in quanto prestazioni di norma garantite dalle famiglie stesse.

L'assegnazione del servizio avverrà a fronte del budget annuale assegnato al servizio dai rispettivi Enti. Nel caso in cui le richieste di attivazione del servizio dovessero essere superiori alle risorse economiche impegnate, l'Assistente Sociale sarà comunque tenuto ad effettuare la valutazione del bisogno sociale con assegnazione di un punteggio che ne determinerà la posizione in lista di attesa. In caso di parità di punteggio, tra più istanze, la posizione nella lista di attesa sarà determinata dal numero di protocollo ufficiale assegnato alla stessa dal comune di residenza dell'interessato.

### **ART. 4 - Diritto alle prestazioni**

Hanno diritto agli interventi disciplinati dal presente regolamento tutti i cittadini residenti nel territorio dell'Ambito N12.

Gli interventi sono rivolti anche agli stranieri ed agli apolidi residenti nel territorio di uno dei Comuni dell'Ambito, secondo quanto previsto dalle leggi vigenti.

Per le persone affette da patologia in fase "terminale" si procede in via prioritaria e urgente, garantendo l'accesso ai Servizi/Interventi richiesti, anche differendo la valutazione della

partecipazione alla spesa, e l'eventuale recupero dei crediti. Per le persone dimesse da strutture sanitarie che, secondo il parere sanitario, necessitano di assistenza e risultano prive di familiari in grado di assisterle, si procede in via prioritaria e urgente, garantendo l'accesso ai Servizi/Interventi richiesti, anche differendo la valutazione della partecipazione alla spesa, e l'eventuale recupero dei crediti, nonché il successivo reinserimento nella graduatoria ordinaria, una volta superata la necessità di assistenza.

#### **ART. 5 - Accesso ai servizi e alle prestazioni sociali nell'ambito dei programmi assistenziali di cure domiciliari integrate**

L'Ambito Territoriale N12 attuerà iniziative per facilitare l'accesso ai servizi e alle misure disponibili e definirà strumenti adeguati di informazione.

Le specificità delle condizioni soggettive delle persone e delle famiglie saranno graduate secondo parametri di valutazione che consentiranno di determinare una scala di priorità per ogni singola situazione, per ogni singolo servizio utilizzando gli strumenti previsti dalla Regione Campania per la valutazione sociale del bisogno.

Tale graduatoria, a livello comunale, sarà formulata dal servizio sociale e/o dal servizio di segretariato sociale.

Per l'accesso ai servizi e per l'accertamento del bisogno saranno utilizzati i modelli tipo allegati al presente Regolamento.

#### **ART. 6 – Destinatari dei servizi domiciliari di assistenza integrata**

Sono destinatari dei servizi domiciliari di assistenza integrata le persone, residenti sul territorio dell'Ambito N12, in condizioni di non autosufficienza, temporanea o protratta, derivante da condizioni personali critiche ancorchè non patologiche o specificatamente affette da patologie croniche come di seguito riportate:

- Persone in condizione di "fragilità" con limitazione dell'autonomia parziale o totale;
- Persone affette da demenza e malattia di Alzheimer;
- Persone in dimissione programmata da reparti ospedalieri o da altre strutture sanitarie e/o residenziali;
- Persone con patologie oncologiche in fase avanzata e/o con patologia in fase terminale;
- Persone non autosufficienti affette da SLA conclamata;
- Persone con patologie HIV correlate in fase avanzata;
- Persone non autosufficienti con disabilità complesse, con patologie croniche gravi e/o particolari condizioni di rilevanza sociale non suscettibili di miglioramenti riabilitativi.

Sono inoltre individuate quali condizioni indispensabili per l'attivazione delle Cure Domiciliari Integrate:

- Condizione di non autosufficienza (disabilità), di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio certificata dalla componente sanitaria;
- Adeguato supporto familiare o informale certificata dalla componente sociale;
- Idonee condizioni abitative certificate dalla componente sociale ;
- Consenso informato da parte della persona e della famiglia;
- Presa in carico da parte del medico di medicina generale.

#### **ART. 7 - Tipologia degli interventi erogabili a domicilio**

I servizi e le prestazioni offerti sono quelli riportati nella DGRC n. 41 del 14.02.2011 "approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: Il sistema dei servizi domiciliari in Campania" e suoi allegati.

In merito alle prestazioni infermieristiche, di aiuto infermieristico, di cura della casa, disbrigo pratiche ed accompagnamenti, si specifica:

- Area cura della casa/prestazioni domestiche/servizi sostitutivi: erogabile dalla famiglia, dal Comune con spesa 100% a carico del Comune/cittadino.

Tutte le attività di aiuto in ambito familiare o domestico non riguardanti direttamente il corpo della persona non autosufficiente:

- Per la spesa e preparazione pasti
- Per la pulizia della casa
- Per il lavaggio, stiratura e riordino della biancheria

- Area disbrigo pratiche/accompagnamenti/aiuti economici/vigilanza per sollievo familiare: erogabile dalla famiglia, dal Comune con spesa al 100% a carico del Comune/cittadino:

- Accompagnamento per pratiche socio-assistenziali
- Svolgimento di commissioni
- Prestazioni di aiuto economico
- Accompagnamento per la vita di relazione e nell'accesso ai servizi
- Vigilanza e compagnia, anche per sollievo familiare
- Accompagnamento per esigenze sanitarie, visite mediche, accertamenti diagnostici

- Area prestazioni sanitarie: erogabili dall'ASL con spesa al 100% a carico ASL che comprendono:

- Assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa, protesica; ausili per l'incontinenza, per la respirazione assistita, per il diabete ed altre patologie croniche; nutrizione entrale e parenterale; assistenza specialistica (chirurgica, fisiatrica, pneumologia, geriatria, psicologica, ecc.); assistenza del MMG ai non deambulanti

L'assistenza infermieristica si realizza attraverso le seguenti attività:

- Igiene e confort, respirazione, alimentazione, idratazione, insegnamento e verifica delle diete, eliminazione assistita di feci e urine, mobilitazione, cure terapeutiche su prescrizione medica, cure specialistiche, medicazioni e gestione di materiale sanitario, attività infermieristiche per indagini diagnostiche, interventi infermieristici di valutazione, coordinamento e prevenzione

- Area dell'assistenza tutelare/aiuto infermieristico e igienico-sanitario erogata dalla figura professionale dell'OSS: erogabile sia dall'ASL che dai Comuni attraverso un operatore socio-sanitario sulla base di quanto definito in UVI e previsto dal Progetto personalizzato, con spesa al 50% divisa tra ASL e Comune/cittadino.

Tutte le attività di aiuto nella cura di sé, nello svolgimento delle funzioni primarie della vita quotidiana e per favorire l'autosufficienza in soggetti gravemente non autonomi:

- Nell'alzata e nei trasferimenti posturali
- Nella cura ed igiene della persona e nel cambio dell'abbigliamento
- Nel bagno o doccia (anche per gli allettati)
- Nell'espletamento delle funzioni fisiologiche
- Nella mobilitazione semplice e di arti plegici e nel loro corretto allineamento posturale
- Nell'assunzione dei pasti

Tutte le attività di accudimento infermieristico e igienico-sanitario di semplice attuazione, normalmente assicurate dai parenti opportunamente istruiti:

- Somministrazione di farmaci secondo procedure non invasive
- Effettuazione e cambio di piccole medicazioni
- Misurazioni della pressione e di altri indici corporei (temperatura, glicemia, ecc.)

effettuati/effettuabili dai familiari, con uso di presidi e apparecchi sanitari di semplice uso

- Prevenzione delle piaghe da decubito e degli incidenti domestici
- Aiuto ad una corretta deambulazione
- Somministrazione delle diete

## **ART. 8 - Accesso ai servizi domiciliari**

La segnalazione o la richiesta di accesso ai servizi delle Cure domiciliari integrate viene effettuata alla Porta Unica di Accesso (PUA) e può essere attivata:

- dal singolo cittadino interessato, da un familiare, parente o componente della rete informale;
- dai Servizi Sociali professionali;
- dai Servizi Sanitari (UO ospedaliera, UO distrettuali ecc).

Gli attori della PUA (MMG, PLS, UO distrettuale, Segretariato Sociale) valuteranno il bisogno espresso indicando percorsi di risposta che potranno essere semplici o complessi.

E' da intendersi bisogno semplice, che non richiede una valutazione multidimensionale, quello per la cui soddisfazione si prevede l'attivazione di una singola prestazione, sanitaria o sociale. Mentre per bisogno complesso si intende l'erogazione di prestazioni integrate socio-sanitarie che prevedono la valutazione multidimensionale e l'attivazione dell' UVI.

Se il bisogno è semplice, la PUA registra l'accesso e si attiva per l'erogazione diretta della prestazione inviando la persona direttamente alla U.O. distrettuale competente o ai Servizi Sociali Territoriali.

Se il bisogno è complesso, la PUA registra l'accesso, apre il fascicolo/cartella utente, registra i dati nel Sistema Informativo ed invia la richiesta di accesso di cui al precedente paragrafo ai Servizi Sociali competenti per Comune di residenza.

La Proposta di Ammissione è formulata dall'UO distrettuale competente o dal Servizio Sociale Professionale in raccordo con il MMG, stante il consenso informato ed il rispetto della privacy del diretto interessato. La proposta di Ammissione è inviata al Direttore del Distretto Sanitario (o suo delegato) e al Coordinatore dell'Ufficio di Piano, ai quali è affidata la responsabilità di attivare l'UVI. I componenti delle UVI provvederanno alla valutazione del bisogno attraverso lo strumento SVAMA (o successivo altro strumento di valutazione predisposto dalla Regione Campania) per le parti di competenza e parteciperanno alla UVI per la valutazione multidimensionale del bisogno, per l'elaborazione del Progetto Personalizzato e del piano esecutivo.

L'UVI elabora il Progetto Personalizzato tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari ed individua in sede di prima riunione il Case Manager o Responsabile del Caso, professionista che opera come riferimento e facilitatore per la persona in carico al servizio.

Il Progetto Personalizzato definisce esplicitamente e in maniera analitica:  
il Responsabile del Caso (da non confondere con il responsabile clinico individuato nel MMG) gli obiettivi e i risultati attesi, sia riguardo al paziente che ai suoi familiari;  
la tipologia, modalità ed livello di intensità (alto, medio-lieve) dell'intervento e le figure professionali impegnate;  
le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento;  
le competenze e funzioni del referente familiare;  
la durata, con la previsione di una verifica intermedia e finale;  
le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi.

E' necessario che il progetto personalizzato sia sottoscritto dall'assistito e/o da un familiare/tutore.

All'interno del Progetto Personalizzato deve essere previsto il piano esecutivo (o progetto assistenziale), condiviso con i Responsabili/Coordinatori degli Enti erogatori dei servizi domiciliari appaltati dalla ASL e/o Ambito Territoriale.

Questa parte esecutiva del Progetto Personalizzato, che descrive in maniera puntuale il trattamento del caso, comprende:

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 (n. di accessi MMG, consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, ecc.);

disponibilità e quantità di presidi e materiali vari;

quote di compartecipazione di ASL/Comune/Cittadino;

strumenti, scadenze e metodi della verifica del piano, in itinere ed ex-post, con particolare attenzione:

- alla valutazione periodica dei risultati;

- alla congruità delle misure/risorse impegnate rispetto agli obiettivi prefissati;

- alla verifica delle prestazioni effettuate da altri erogatori (privato sociale e privato accreditato.)

## **ART. 9 – L’Unità di Valutazione Integrata**

L’Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) è lo strumento operativo che garantisce l’integrazione dei servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e riabilitativi. In questo senso, rappresenta l’unica modalità di attivazione della rete dei servizi. Essa si qualifica come lo strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare di situazioni di bisogno socio-sanitario complesso, e per la predisposizione e proposta all’utente del Progetto di Intervento Individualizzato.

## **ART. 10 - Personale dell’Unità di Valutazione Integrata Distrettuale**

L’UVI è attivata così come previsto dall’art. 8.

All’UVI devono partecipare i seguenti componenti:

- M.M.G./P.L.S. del soggetto da valutare e assistente sociale del Comune di residenza in rappresentanza dell’Ambito territoriale, entrambi responsabili della presa in carico (per l’MMG/PLS la responsabilità è di tipo clinico) del cittadino/utente ognuno per la propria competenza;

- Medico dell’UO distrettuale competente e dal Referente, di ogni Comune dell’Ambito, per l’integrazione sociosanitaria, entrambi delegati alla spesa per le parti di ciascuna competenza, su provvedimento, rispettivamente, del Direttore del Distretto Sanitario e dai Dirigenti dei Servizi Sociali di ogni Comune dell’Ambito.

Può essere di volta in volta integrata da specialisti od operatori con particolari specifiche professionalità per l’esame e la valutazione dei casi.

## **ART. 11 - Sede UVI**

Le UVI si tengono, di norma presso l’Ufficio Sociosanitario del Distretto sanitario, salvo diverse esigenze per le quali risulti opportuno utilizzare la sede di altre agenzie territoriali coinvolte, oppure presso il domicilio del cittadino/utente.

Nel caso di cittadino/utente ricoverato presso strutture ubicate in un territorio diverso dalla residenza, l’UVI del territorio in cui è ubicata la struttura effettua la valutazione e ne comunica l’esito a quella di residenza del cittadino la quale provvede, previa condivisione, ad emettere la relativa autorizzazione.

## **ART. 12 - Il Responsabile del caso**

Il Responsabile del caso seguirà la realizzazione del progetto personalizzato, di cui è garante, e si assume la responsabilità dell’attuazione degli interventi in esso previsti.

Rappresenterà anche il principale riferimento organizzativo per l’assistito, la sua famiglia e con il referente socio-sanitario distrettuale. Può essere una figura sanitaria o sociale, individuata – in base ai bisogni prevalenti del soggetto – all’interno dell’equipe multiprofessionale che tratta il

caso (UO distrettuale unitamente all'MMG/PLS che mantiene la responsabilità clinica, Ass. Sociale ambito, ecc.). Il responsabile del caso viene individuato dalla Commissione UVI nella prima riunione di valutazione e partecipa costantemente alle sedute.

### **ART. 13 - Utilizzo dei dati personali**

Qualunque informazione relativa alla persona di cui il Servizio venga a conoscenza in ragione dell'applicazione del seguente Regolamento è trattata per lo svolgimento delle funzioni di assistenza che competono al servizio stesso.

Pertanto, i componenti dell'UVI si impegnano a non rendere noti i dati sensibili contenuti nella scheda di valutazione.

E' altresì ammessa la comunicazione dei dati personali alle altre pubbliche amministrazioni o a privati quando ciò sia indispensabile per assicurare la richiesta di prestazione socio-sanitaria, previo consenso espresso dall'interessato.

Ai fruitori del servizio verrà richiesto il consenso al trattamento dei dati di alla normativa vigente.

### **ART. 14 - Segreto professionale e diritto alla riservatezza**

Su tutti gli interventi è garantito il segreto professionale e quello d'ufficio. I componenti dell'UVI si impegnano a non rendere noti i dati sensibili contenuti nella scheda di valutazione. Le violazioni saranno perseguite secondo la vigente normativa penale.

L'accesso agli schedari ed alle schede individuali è permesso al referente socio-sanitario, ai componenti della Commissione UVI, al Direttore del Distretto, al Coordinatore dell'Ufficio di Piano, ai dirigenti dei Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito, alla Magistratura nei casi previsti per legge, nonché al diretto interessato previa sua richiesta scritta al Direttore del distretto Sanitario, secondo quanto previsto dall'art. 13 legge 675/1996 e sue modifiche ed integrazioni.

### **ART. 15 - Durata e standard temporali**

Nel caso in cui la richiesta non riveste carattere di urgenza l'UVI è tenuta a definire il progetto personalizzato nel termine massimo di 30 giorni dalla proposta di ammissione e dall'attivazione del percorso integrato. Per situazioni urgenti o particolari, nei casi in cui la salute del soggetto nel complesso della sua dimensione fisica, psichica, sociale sia messa in pericolo da un possibile ritardo nella valutazione multidimensionale, il Responsabile Distrettuale dell'ADI insieme al MMG/PLS per l'ASL di concerto con l'assistente sociale territoriale referente dei Servizi Sociali Territoriali, procede alla stesura di un piano di intervento provvisorio entro 3 giorni dalla richiesta, che verrà successivamente trasmesso all'UVI il cui parere dovrà intervenire nei predetti tempi massimi.

In relazione alla durata del P.A.I. l'ADI può essere:

- A breve termine (fino a 60 giorni)
- A medio termine (fino a circa 90 giorni)
- A lungo termine (fino a 180 giorni ripetibili).

Il programma proposto dall'UVI dovrà contenere la previsione di massima dell'intero percorso di rete dell'assistito. Qualora allo scadere dei tempi previsti si rendesse necessario prolungare l'assistenza ADI, l'UVI si deve esprimere entro almeno tre giorni prima della data di scadenza del termine del piano attuativo degli interventi.

### **ART. 16 - Livello di intensità dell'intervento**

In relazione alla criticità e alla complessità del caso, le cure domiciliari integrate (ADI) si classificano in 3 livelli.



La distinzione in primo e secondo livello di cure domiciliari integrate è riferita all'intensità ed alla complessità delle cure da erogare (in particolare questa tipologia si rivolge a malati che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano fino a 5 giorni su 7 - 1° livello - o 6 giorni su 7 - 2° livello). Le Cure domiciliari integrate di III livello (ad elevata intensità): sono prestazioni a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale e interventi programmati su 7 giorni (considerato anche il servizio di pronta disponibilità).

#### **ART. 17 - Cessazione e sospensione del servizio**

Il servizio di assistenza domiciliare integrata può cessare in caso di:

- Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Personalizzato, a seguito di verifica da parte della UVI;
- Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale di tipo diverso dal domiciliare, disposta dalla UVI in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto Personalizzato, con l'assistenza domiciliare, o a seguito di mutate condizioni socio-sanitarie;
- Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili a domicilio;
- Dimissione per decesso della persona assistita;
- Dimissione per volontà dell'assistito (con precisazione della motivazione, se espressa).

#### **ART. 18 - Modalità di compartecipazione al costo del servizio degli utenti**

Considerando che il servizio di Cure domiciliari integrate rientra nella tipologia delle prestazioni socio-sanitarie a compartecipazione LEA, la quota di compartecipazione oraria al costo del servizio per la parte sociale è definita dall'apposito Regolamento per la compartecipazione alle prestazioni socio-sanitarie dell'Ambito N12.

#### **ART. 19 – Entrata in vigore ed abrogazione del precedente Regolamento**

Il presente regolamento entra in vigore il 15° giorno successivo alla pubblicazione all'Albo Pretorio dei Comuni dell'Ambito N12 e dell'ASL NA 2 nord..

#### **ART. 20 – Norme transitorie e finali**

Per quanto non previsto nel presente regolamento si fa riferimento a quanto riportato nella DGRC n. 41 del 14.02.2011 “approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: Il sistema dei servizi domiciliari in Campania” e suoi allegati. Tutte le disposizioni integrative e correttive emanate sia dallo Stato che dalla Regione troveranno immediata applicazione ai fini dell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie, indipendentemente dalla modifica formale del presente regolamento.

**L'anno 2013 il giorno 12 del mese di settembre presso la Sede del Comune di Pozzuoli, capofila dell'Ambito Territoriale N12, sito in Via Tito Livio, è stato approvato il presente regolamento con delibera n. 9 del Coordinamento Istituzionale.**

**Il Presidente del Coordinamento Istituzionale**

**Assessore Teresa Stellato**