



Città di Torre del Greco
(Provincia di Napoli)
AMBITO N.31

Verbale n. 1 del 28.03.2023

L'anno 2022, il giorno 28 del mese di MARZO alle ore 13.10, si riunisce, presso la sede dell'Ufficio Politiche Sociali, il Coordinamento Istituzionale dell'Ambito N31. Presenti:

- Dott.ssa Valeria Daniele – Assessore alle Politiche Sociali Città di Torre del Greco – con diritto di voto;
- Per la Dott.ssa Agnese Borrelli – Direttore di Distretto Socio Sanitario ASL NA 3 SUD – Distretto 57 – Dott. A. calo renna giusta delega prot. Asl Na 3 Sud 640550 del 28/03/2023 - con diritto di voto.
- Dott.ssa Claudia Sacco - in qualità di Dirigente alle Politiche Sociali nonché coordinatore dell'Ufficio di Piano dell'Ambito N31 - senza diritto di voto;

Risulta assente il delegato della Città Metropolitana di Napoli.

Ai sensi dell'art. 9 comma 3 del Regolamento sul funzionamento del Coordinamento Istituzionale il presidente ritiene valida la seduta.

Il Coordinamento Istituzionale è convocato sul seguente o.d.g.

1. Approvazione Addendum Accordo Quadro
2. Approvazione Modulistica da utilizzare per attuazione e monitoraggio servizi
3. Approvazione programmazione del fondo dei cofinanziamento regionale al SIEI 2022;
4. Nomina Coordinatore Ufficio di Piano in sostituzione alla Dott.ssa Claudia Sacco;
5. Piano Sociale di Zona;
6. Varie ed eventuali

Prende la parola l'Assessore Dott.ssa Valeria Daniele, la quale chiama a fungere da segretario verbalizzante la Dott.ssa Claudia Sacco che partecipa per quanto di propria competenza e senza diritto di voto.

Per il primo punto all'o.d.g., prende la parola il presidente, propone di discutere dell'approvazione dell'Addendum all'Accordo di Programma per la realizzazione in forma Associata del Piano Sociale di Zona II Triennalità - ACCORDO EX ART. 34 D. Lgs 18 AGOSTO 2000 N. 267 EX ART. 19 L. 8 NOVEMBRE 2000 N.328 con il quale l'Ambito N 31 metterà a disposizione una stanza presso la propria sede sita in via Calastro n.8 EX Mulini Marzoli 80059 Torre del Greco (NA) per n. 3 volte la settimana in orari da concordare con i servizi sociali mentre l'ASL Napoli 3 SUD metterà a disposizione un proprio dipendente con qualifica di Psicologo per interventi di sostegno genitoriale, incontri protetti, per i casi di cui all'autorità giudiziaria.

Dopo lettura dell'accordo, allegato alla presente, se ne approva il contenuto.

Si passa al punto 2 dell'o.d.g. ed il Presidente espone la necessità di aggiornare il disciplinare d'accesso al programma regionale di assegni di cura per disabili gravi e gravissimi e relativi allegati nonché la modulistica inerente l'accesso ai servizi socio sanitari e sociali costituita da:

-proposta d'accesso;



Città di Torre del Greco
(Provincia di Napoli)
AMBITO N.31

modello di scelta del soggetto erogatore del servizio effettuata dall'utente.

Si analizzano gli atti predisposti congiuntamente dagli uffici preposti del Comune e dell'Asl Na 3 Sud e dopo ampia discussione si approva la modulistica e il disciplinare allegati al presente verbale. Successivamente il Presidente espone le modifiche apportate alla programmazione 2022 del Fondo SIEI che hanno riguardato gli importi attribuiti alle scuole paritarie dal D.D. 292 del 29/07/2022. Si è provveduto, quindi, all'aggiornamento degli importi previsti e ad aggiungere la scuola Sweet School prevista dal predetto Decreto Regionale.

Inoltre viene definita la programmazione dell'importo di cofinanziamento regionale al fondo SIEI relativamente al 2022. Si è deciso di impiegare tali fondi per la programmazione di un servizio di voucheristica per i servizi di asilo nido.

In merito, sorge l'esigenza di trasmettere alla Regione Campania la programmazione. Pertanto, il presidente illustra ai presenti la programmazione redatta dai competenti uffici così come riportato nell'allegata relazione di accompagnamento alla programmazione del fondo SIEI 2022 che si acquisisce agli atti d'ufficio del presente coordinamento, e pertanto eventualmente accessibile nei termini di legge.

Relativamente alla programmazione d'ambito dei fondi previsti, si intende perseguire, quale obiettivo principale, la continuità a quanto previsto nelle programmazioni MIUR precedenti, nello specifico:

1. potenziamento dell'offerta pubblica tradizionale di servizi per l'infanzia;
2. differenziazione dell'offerta pubblica di servizi per l'infanzia con la istituzione di servizi integrativi a titolarità pubblica;
3. integrazione del sistema pubblico/privato;
4. qualificazione dell'offerta complessiva di servizi di cura per l'infanzia. Rispetto agli obiettivi generali e specifici possono essere individuate le seguenti azioni: a) sostegno diretto alla gestione di strutture a titolarità pubblica; b) estensione degli orari di apertura delle strutture a titolarità pubblica; c) ampliamento e riqualificazione dell'offerta di servizi all'infanzia a titolarità pubblica
5. istituzione di sistema voucher per ampliare posti utente, coinvolgente anche il privato nell'offerta pubblica;
6. rafforzamento della qualificazione del personale impiegato attraverso corsi di formazione specifici sia sul piano educativo che formativo per i docenti (fascia 0-6 anni)

Risulta fondamentale, in questo preciso periodo storico, garantire alle famiglie torresi la vicinanza delle istituzioni attraverso la garanzia che i servizi offerti non vengano interrotti. Anzi, vogliamo offrire un'ulteriore opportunità alle famiglie.

I risultati che intendiamo raggiungere possono essere identificati come di seguito:

- mantenimento della popolazione scolastica;
- mantenimento di servizi pubblici destinati alla prima infanzia,
- supporto ai nuclei familiari in condizioni di disagio economico;
- aumento delle unità lavorative impegnate



Città di Torre del Greco
(Provincia di Napoli)
AMBITO N.31

Dopo ampia discussione, se ne approva il contenuto, autorizzando gli uffici alla presentazione della programmazione così come redatta e approvata.

Si passa alla discussione del quarto punto all'o.d.g. La dott.ssa Claudia Sacco, nella sua qualità di dirigente ad interim del settore politiche sociali e pertanto responsabile, ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 e dell'art.13 del regolamento di funzionamento dell'ufficio di piano fa presente di non poter svolgere anche il ruolo di coordinatore dell'Ufficio di Piano, così come più volte rappresentato, atteso i notevoli carichi di lavoro.

Premesso che la legge regionale n. 11 del 23 ottobre 2007 e ss.mm.ii. "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328" disciplina la programmazione e la realizzazione di un sistema organico di interventi e servizi sociali, che si attua con il concorso delle istituzioni pubbliche e delle formazioni sociali, attraverso l'integrazione degli interventi e servizi sociali, sanitari, educativi, delle politiche attive del lavoro, dell'immigrazione, delle politiche abitative e di sicurezza dei cittadini, dell'apporto dei singoli e delle associazioni; la medesima legge regionale n. 11 del 23 ottobre 2007 all'art. 11 rubricato "il Coordinamento istituzionale d'Ambito" prevede che il Coordinamento Istituzionale d'Ambito "nomina il coordinatore, istituisce l'ufficio di piano dell'ambito territoriale di cui all'articolo 23, regola il funzionamento ed i rapporti con il comune capofila e i comuni associati, **nel rispetto delle direttive regionali e della forma associativa prescelta**".

L'art. 23 della L.R. n. 11 del 23 ottobre 2007 rubricato "L'Ufficio di piano dell'Ambito Territoriale" prevede, tra l'altro, che l'ufficio di piano dell'ambito territoriale, istituito ai sensi dell'articolo 11, comma 3, lettera e), è struttura tecnica di supporto per la realizzazione del piano di zona e le relative funzioni e compiti sono disciplinate da apposito regolamento adottato dal Coordinamento istituzionale, come previsto dall'art. 11, comma 3 ed inoltre che **la Direzione dell'ufficio di piano è attribuita, di norma, alle figure professionali sociali di cui alla normativa regionale, in coerenza alle disposizioni per la dirigenza pubblica e privata, quali responsabili del centro di costo e del centro di responsabilità relativi al fondo d'ambito per l'implementazione del piano di zona**; La Legge regionale n. 31 del 28 dicembre 2021 all'art. 37 comma 1 lettera a) ha modificato la Legge regionale 23 ottobre 2007 n. 11 attraverso l'inserimento del comma 4 bis al previgente testo dell'art. 23 che allo stato espressamente dispone "La Regione istituisce un elenco dei direttori e dei coordinatori degli ambiti sociali cui attingono il consiglio di amministrazione dei consorzi-aziende consortili e i coordinamenti istituzionali per l'individuazione del responsabile (direttore-coordinatore) dell'ufficio di piano; la Giunta regionale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente disposizione, sentita la commissione consiliare competente, disciplina con apposita deliberazione requisiti, criteri e modalità per l'istituzione e la tenuta dell'elenco".

Con Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 33 del 14/02/2023 è stata bandita "MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'ISCRIZIONE NELL'ELENCO REGIONALE DEI COORDINATORI/DIRETTORI DI AMBITO". DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 689 DEL 13/12/2022.

Che i requisiti di legge richiesti per l'inserimento nell'elenco regionale sono di seguito riportati:



Città di Torre del Greco
(Provincia di Napoli)
AMBITO N.31

Per la figura di Direttore il possesso della Laurea magistrale in ambito umanistico/sociale ovvero giuridico - economico e il possesso di una esperienza professionale di almeno tre anni maturata nello svolgimento di funzioni di dirigenza nel settore dei servizi sociali, socio-sanitari o educativi presso Enti pubblici o del Privato-sociale.

Per la figura di Coordinatore, il possesso della Laurea triennale in ambito umanistico/sociale ovvero giuridico-economico e il possesso di una esperienza professionale di almeno tre anni maturata nello svolgimento di funzioni di coordinamento e programmazione nel settore dei servizi sociali, socio-sanitari o educativi presso gli Uffici di Piano degli Ambiti territoriali o Uffici equivalenti.

Attualmente il coordinatore non ha i requisiti richiesti avendo due lauree tecniche e pertanto non è in grado di regolarizzare la propria posizione iscrivendosi all'albo.

Tutto ciò premesso si ritiene indispensabile nominare una risorsa umana diversa cui assegnare le funzioni di coordinatore e, attesa l'autonomia e sovrintendenza ascritta a tale figura, ai sensi e per gli effetti del combinato disposto di cui all'art.4 lett. c e art.14 del regolamento dell'ufficio di piano si ritiene che siano riconducibili al funzionario assegnatario di posizione organizzativa Dott. Gaetano Malerba, attesa la sua pregressa esperienza e specificità professionale.

In riferimento a tale proposta, il dott. A. Calorena sidente di dar corso agli atti consequenziali.

Il Presidente, analizzando il quinto punto all'o.d.g. espone gli interventi del nuovo Piano Sociale di Zona; attesa la delicatezza della materia si rimanda l'approvazione dello stesso alla prossima seduta.

Null'altro avendo a discutere, la seduta è conclusa alle ore 13.30.

Del che è verbale

Per il Comune di Torre del Greco

Il Presidente Assessore alle Politiche Sociali Dott.ssa Valeria Daniele

Per il Direttore Generale ASL NA 3 SUD – Distretto 57

Direttore Distrettuale Dott. A. Calorena

Per il coordinatore dell'ufficio di Piano Ambito N31

Dott.ssa Claudia Sacco



Distretto Sanitario n° 57

Comune di TORRE DEL GRECO

Direttore Dott.ssa Borrelli Agnese

Sede: Via G. Marconi, 66 80059 - Torre del Greco
tel. segr. 081 - 8490521 tel. 081 - 8490516
e-mail: ds57@aslnapoli3sud.it P.E.C.: ds57@pec.aslnapoli3sud.it

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo
N. 0064055 del 28/03/2023 12:58
Partenza

DIREZIONE



Al Dott. A. Calorena

Oggetto: Coordinamento Istituzionale Ambito 31- DELEGA.

In relazione all'oggetto la Scrivente delega a rappresentarmi alla riunione del Coordinamento Istituzionale Ambito 31 indetta per il giorno 28.03.2023 il Dott. A. Calorena.

Saluti.

Il Direttore Distretto Sanitario 57

Dr.ssa Agnese Borrelli

**Addendum all'Accordo di Programma per la realizzazione in forma Associata del Piano Sociale di
Zona II Triennalità**

ACCORDO EX ART. 34 D. Lgs 18 AGOSTO 2000 N. 267

ACCORDO EX ART. 19 L. 8 NOVEMBRE 2000 N.328

Premesso che:

- il Comune di Torre del greco e l'azienda Sanitaria ASL Napoli 3 SUD hanno sottoscritto un accordo di programma per la realizzazione in forma associata del Piano Sociale di Zona II Triennalità che è parte integrante del presente addendum;
- si rende necessario ampliare l'accordo su descritto nell'interesse pubblico generale che realizzino il necessario bilanciamento degli interessi coinvolti;

TUTTO CIO' PREMESSO si conviene e si sottoscrive il presente Addendum

Art. 1 – Oggetto

Il presente Addendum, rappresenta l'atto con cui i diversi firmatari adottano, per quanto di propria competenza, il seguente accordo

Art. 2 – Finalità ed obiettivi

- L'Ambito N 31 metterà a disposizione una stanza presso la propria sede sita in via Calastro n.8 EX Mulini Marzoli 80059 Torre del Greco (NA) per n. 3 volte la settimana in orari da concordare con i servizi sociali.
- L'ASL Napoli 3 SUD metterà a disposizione un proprio dipendente con qualifica di Psicologo/a per interventi di sostegno genitoriale, incontri protetti, per i casi di cui all'autorità giudiziale

Art. 3 – Durata dell'Accordo e sua conclusione

La durata dell'Accordo è fissata al 01.04.2024 o alla data di eventuale proroga definita con decorrenza dalla data di sottoscrizione



COMUNE DI
TORRE DEL GRECO
CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI

AMBITO TERRITORIALE N.31

DISCIPLINARE DI ACCESSO AL PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA per disabili gravissimi e disabili gravi

1. FINALITA' DEL PROGRAMMA REGIONALE

La Regione promuove un Programma di Assegni di Cura per favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti in condizioni di disabilità grave e gravissima (ex art. 3 del D.M. 26/9/2016), che necessitano di assistenza continua 24 ore al giorno e per sostenere i loro familiari nel carico di cura.

2. TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO

Gli assegni di cura sono contributi economici onnicomprensivi erogati dall'Ambito Territoriale in favore di persone non autosufficienti in condizioni di disabilità gravissima e grave assistite a domicilio e costituiscono un titolo di riconoscimento delle prestazioni di assistenza tutelare svolte dai familiari, e/o dagli assistenti familiari a contratto, in sostituzione delle prestazioni professionali erogate dagli Operatori Socio Sanitari.

L'intervento persegue i seguenti obiettivi specifici:

- favorire la permanenza a domicilio dei non autosufficienti anche in condizioni di disabilità gravissima;
- assicurare un sostegno economico adeguato alle famiglie che hanno assunto il carico di cura, quando siano anche in condizioni di difficoltà economica;
- contrastare le situazioni di indigenza economica derivante dagli oneri per la cura di una persona in condizioni di disabilità;
- favorire il rientro a domicilio, anche temporaneo, di persone in condizioni di disabilità ricoverate presso strutture sociosanitarie.

Gli assegni di cura concorrono alla realizzazione dei progetti sociosanitari/P.A.I. di "Cure Domiciliari" ex D.G.R. n. 41/2011, che sono definiti dalle U.V.I. distrettuali sulla base di una valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale. Sostituiscono le ore di prestazioni di "assistenza tutelare ed aiuto infermieristico" garantite dall'oss di competenza dell'Ambito Territoriale e costituiscono la quota di spesa sociale dei piani di assistenza individualizzati/P.A.I. delle Cure Domiciliari Integrate.

Sono nel contempo aggiuntivi e complementari a ogni altra prestazione o intervento a carattere esclusivamente sociale erogata dai Comuni dell'Ambito per una presa in carico globale dell'assistito e della sua famiglia, come ad es.: il trasporto, il segretariato sociale ecc. Sono aggiuntivi anche delle prestazioni sociali erogate direttamente dall'INPS e dal Ministero delle Politiche Sociali.

L'assegno è cumulabile con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno o emolumento riconosciuto con carattere previdenziale e/o assicurativo. Non è cumulabile con altre misure di sostegno al reddito erogate dagli Ambiti per i non autosufficienti né con voucher per l'assunzione di badanti.



COMUNE DI
TORRE DEL GRECO
CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI

AMBITO TERRITORIALE N.31

2.1 L'importo dell'assegno di cura è fissato in due quote mensili distinte tra gravissimi e gravi:

- € 1.200,00 mensili per tutte le persone con disabilità gravissima valutate dalle U.V.I. attraverso le schede di valutazione approvate con D.M. 26/9/2016 All. 1 e 2 , indipendentemente dal tipo di patologia;
- € 600,00 mensili per tutte le persone con disabilità grave valutate dalle UVI attraverso la scheda Barthel e che hanno riportato un punteggio minimo di 55.

Intestatario dell'assegno è la persona non autosufficiente. E' essenziale che la U.V.I. individui nel progetto sociosanitario/P.A.I. un care giver di riferimento che assume la responsabilità della gestione delle prestazioni assistenziali programmate dalla U.V.I. in sostituzione degli O.S.S., affinché siano erogate nei modi e nei tempi prescritti.

L'assegno può essere intestato al familiare individuato dalla U.V.I. nel caso in cui sia stato nominato dal Tribunale "amministratore di sostegno" o "tutore giuridico".

I beneficiari sono esentati dalla quota di compartecipazione al costo delle prestazioni sociosanitarie prevista con Decreto Commissariale n. 6/2010 e successive modifiche e integrazioni.

2.2 L'assegno ha una durata di 12 mesi continuativi ed è erogato mediante bonifico bancario con cadenza bimestrale a partire dalla data di valutazione da parte dell'U.V.I.; può essere prorogato oltre i 12 mesi, in base alle disponibilità finanziarie dell'Ambito Territoriale e per una durata in mesi compatibile con tale disponibilità.

Al termine del periodo di erogazione deve essere immediatamente sostituito con le ore di prestazioni di assistenza domiciliare erogate dagli Operatori Socio Sanitari , per la quota di competenza dell'Ambito Territoriale, per garantire la continuità assistenziale del P.A.I. di Cure Domiciliari.

I Beneficiari di assegno di cura hanno facoltà di rinunciare alle prestazioni domiciliari erogate dagli O.S.S. a vantaggio degli assegni di cura, ma in tal caso perdono il diritto alla continuità della presa in carico per la quota di competenza dell'Ambito Territoriale. A tal fine sottoscrivono una dichiarazione di rinuncia alle prestazioni che esoneri l'Ambito Territoriale dal garantire la continuità assistenziale del P.A.I. di Cure Domiciliari e potranno ricevere l'assegno di cura per periodi determinati e non continuativi e per una durata compatibile con le risorse disponibili

Qualora l'utente necessiti di un periodo di ricovero è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Comune capofila dell'Ambito Territoriale. L'erogazione dell'assegno di cura non è sospesa se tale periodo non supera i 30 giorni. Oltre tale termine, il Comune Capofila dispone la sospensione dell'assegno, che potrà essere riattivato in ogni caso solo al rientro a domicilio.

In caso di decesso, il Comune capofila dispone l'interruzione dell'assegno a partire dal mese successivo al decesso. I familiari del deceduto non hanno alcun titolo di diritto sull'assegno.



COMUNE DI
TORRE DEL GRECO
CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI

AMBITO TERRITORIALE N.31

3. BENEFICIARI

Accedono agli assegni di cura del presente Programma le persone non autosufficienti in condizione di "disabilità gravissima" o di "disabilità grave" residenti nell'Ambito Territoriale e per le quali le U.V.I. distrettuali abbiano già effettuato una valutazione e redatto un progetto sociosanitario/P.A.I. di "Cure Domiciliari". Sono esclusi coloro che usufruiscono di servizi semiresidenziali e residenziali sia sociosanitari che socio assistenziali.

3.1 Gravissimi

Per persone in condizioni di disabilità gravissima, ai sensi del Decreto Ministeriale del 26/9/2016 art. 3, s'intendono *le persone "beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988"*, oppure *"definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013"*, di qualsiasi età e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala *Glasgow Coma Scale* (GCS) ≤ 10
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS) ≥ 4
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala *ASIA Impairment Scale* (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: *Medical Research Council* (MRC) con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti, *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) con punteggio alla ≥ 9 , *Hoehn e Yahr* mod in stadio 5
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI ≤ 34 e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER) ≤ 8
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Le condizioni di *disabilità gravissima* sono individuate dal medico specialista della U.V.I. attraverso la somministrazione delle scale di valutazione indicate nell'Allegato 1 Decreto del 26/9/2016, assumendo i punteggi/parametri fissati all'art.3 comma 2 sopra riportati.

Per le persone di cui alla lettera i) rilevano i criteri indicati nell'Allegato 2 del Decreto FNA 2016, ai quali si fa espresso rinvio.



COMUNE DI
TORRE DEL GRECO
CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI

AMBITO TERRITORIALE N.31

3.2 GRAVI

Per persone in condizione di Disabilità grave s'intendono coloro che abbiano ricevuto ai sensi della L. 104/92 la valutazione con connotazione di gravità da parte della Commissione Medica della ASL e che siano titolari di indennità di accompagnamento. Possono beneficiare di assegno di cura i disabili gravi per i quali, a seguito di valutazione multidimensionale effettuata dalle UVI con le schede S.V.M.A e S.VA.M.Di, risulti un punteggio dell'Indice Barthel non inferiore a 55 e che siano stati inclusi in un P.A.I. di Cure Domiciliari.

4.PROCEDURE DI ACCESSO

Le persone interessate, un loro familiare di riferimento o un rappresentante legale presentano domanda ai Servizi Sociali dell'Ambito Territoriale.

L'assistente sociale dell'Ambito effettua una decodifica della domanda di assegno di cura per definirne l'appropriatezza attraverso una valutazione delle condizioni sociali del richiedente e del suo contesto familiare, abitativo, economico etc.. anche mediante visita domiciliare e acquisizione delle informazioni e delle certificazioni necessarie.

Nel caso in cui rilevi una condizione di fragilità prevalentemente sociale, propone al richiedente uno dei molteplici servizi sociali offerti dall'Ambito Territoriale come ad es. un progetto di vita indipendente, di tutoraggio familiare, di assistenza domiciliare sociale o di accoglienza in una struttura sociale, avviando le procedure per l'attivazione del servizio più opportuno e la presa in carico sociale.

Nel caso in cui l'assistente sociale rilevi un "bisogno sociosanitario complesso" (cfr. DGR 41/2011) che richiede una presa in carico congiunta tra Distretto Sanitario e Ambito Territoriale, e ritenga che l'assegno di cura possa effettivamente essere la modalità più appropriata d'intervento, attiva la procedura per il percorso sociosanitario di accesso e valutazione ex DGR 412/2011. In accordo con il Coordinatore dell'Ufficio di Piano trasmette quindi la scheda di valutazione sociale ed la documentazione sanitaria (Allegato 2 e Svama A) al Distretto Sanitario per chiedere una valutazione multidimensionale a cura della UVI e la predisposizione di un progetto sociosanitario di Cure Domiciliari.

In entrambi i casi è responsabilità dell'assistente sociale la redazione di un progetto personalizzato sociale e la presa in carico della persona con disabilità per la parte degli interventi sociali. Tale adempimento va svolto entro il termine di 30 giorni. Nel progetto personalizzato di assegni di cura sono indicati i seguenti dati: inizio e termine del progetto, quota dell'assegno di cura, modalità del pagamento, familiare di riferimento della persona con disabilità che ne cura l'assistenza oppure l'assistente familiare assunto a contratto.

In caso di criticità nell'attivazione del percorso sociosanitario di valutazione, l'assistente sociale, in accordo con il Coordinatore dell'Ufficio di Piano può anche attivare una procedura semplificata per l'accesso agli assegni di cura, come indicato al paragr. 7.1



COMUNE DI
TORRE DEL GRECO
CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI

AMBITO TERRITORIALE N.31

5. CRITERI DI ACCESSO AL PROGRAMMA

L'accesso al programma si esplica secondo le procedure, la tempistica e la modulistica già adottati congiuntamente da Ambito Territoriale e Distretto Sanitario con Regolamento P.U.A. e U.V.I. e con Protocollo d'Intesa per le Cure Domiciliari ai sensi della L.R. 11/2007, della D.G.R.C. n. 41/2011 e D.C.A. n. 1/2013.

In via prioritaria gli assegni di cura sono attribuiti in base ai PAI di Cure Domiciliari in regime di compartecipazione alla spesa tra ASL e Comuni e sostituiscono a quota di prestazioni tutelari degli O.S.S. dovuta dai Comuni.

L'ammissione dei richiedenti agli assegni di cura o la prosecuzione dell'intervento per coloro che ne hanno già beneficiato nelle precedenti programmazioni si esplicita secondo le **seguenti priorità fino ad esaurimento delle risorse disponibili:**

- a) connotazione di disabilità gravissima e punteggio più elevato a partire dai punteggi/parametri fissati all'art. 3 del D.M. 26/9/2016
 - a.1) a parità di punteggio si valutano le condizioni sociali ed economiche della persona interessata attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C SVAMA e SVAMDI) e l'ISEE sociosanitario
 - a.2) a parità di punteggio e di condizioni di cui al precedente punto farà fede la data dell'U.V.I. per procedere alla compilazione della graduatoria e dunque all'assegnazione del beneficio.
- b) connotazione di disabilità grave accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 L.104/92, e punteggio più elevato della scala Barthel a partire da 55;
 - b.1) a parità di punteggio si valutano le condizioni sociali ed economiche e della persona interessata attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C SVAMA e SVAMDI) e l'ISEE sociosanitario

Hanno pari diritto di accesso sia gli utenti già presi in carico nelle Cure Domiciliari, con o senza assegno di cura, sia i nuovi richiedenti.

La prosecuzione degli assegni di cura oltre i primi 12 mesi avviene in via automatica ed in base alla disponibilità finanziaria dell'Ambito Territoriale.

Le persone con disabilità gravissima già valutate con le scale ex D.M. 26/09/2016 e già beneficiarie di assegni di cura non devono essere rivalutate.



COMUNE DI
TORRE DEL GRECO
CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI

AMBITO TERRITORIALE N.31

6. FINANZIAMENTO DEL PROGRAMMA

Per la realizzazione del Programma Assegni di Cura la Regione destina periodicamente ai Comuni capofila e ai Consorzi di Ambito Territoriale risorse vincolate a carico del FONDO NON AUTOSUFFICIENZE per la realizzazione di progetti di ambito di CURE DOMICILIARI congiuntamente programmati con i Distretti Sanitari di competenza e finalizzati a sostenere, mediante assegni di cura, le famiglie che abbiano in carico una persona non autosufficiente con disabilità grave e gravissima.

La programmazione delle risorse del FNA é svincolata dalla tempistica e dalle procedure del Piano Sociale di Zona.

Il Fondo Non Autosufficienze può essere integrato dai Comuni/ Consorzi di Ambito Territoriale con risorse programmate nel Piano Sociale di Zona a valere sul Fondo Unico di Ambito.

7. CRITERI DI PROGRAMMAZIONE E PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DI AMBITO

Per accedere al finanziamento del FNA i Comuni /Consorzi di Ambito Territoriale devono predisporre i Progetti di Ambito secondo la modulistica allegata al presente programma (All. C) e trasmetterli in formato digitale alla Direzione Generale per le Politiche Sociali all'indirizzo PEC dg500500@pec.regione.campania.it .

Per la predisposizione dei progetti i Comuni Capofila ed i Consorzi di Politiche Sociali provvedono a:

- informare gli utenti, già presi in carico nelle Cure Domiciliari e beneficiari o meno dell'assegno di cura, delle opportunità del presente Programma Regionale, nonché raccogliere le domande dei nuovi richiedenti ;
- concordare con il Distretto Sanitario la rivalutazione degli utenti già in Cure Domiciliari mediante le scale di cui al punto 3 oltre che le schede SVAMA e SVAMDI per definire l'entità dell'assegno di cura e garantire la prosecuzione della presa in carico;
- concordare con il Distretto Sanitario la convocazione delle UVI per la valutazione dei nuovi richiedenti e la definizione dei nuovi P.A.I. di Cure Domiciliari mediante assegni di cura;
- acquisire agli atti dell'Ufficio di Piano sia le schede di valutazione che i P.A.I. redatti dalle U.V.I.
- compilare il modello Allegato C sulla base delle valutazioni dell'UVI per la richiesta del finanziamento.

La valutazione dei casi da parte della U.V.I. deve avvenire entro 30 giorni dalla "proposta di ammissione al percorso integrato" trasmessa dai Servizi Sociali al Distretto Sanitario, come previsto dalla DGRC n. 41/2011.



COMUNE DI
TORRE DEL GRECO
CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI

AMBITO TERRITORIALE N.31

7.1 Deroghe

In caso di ritardo da parte del Distretto nella rivalutazione o valutazione dei casi, rispetto ai tempi di presentazione del Progetto di Ambito, il Coordinatore dell'Ufficio di Piano / Direttore del Consorzio trasmette alla D.G. 500500 dettagliata relazione sulle criticità riscontrate e chiede l'autorizzazione a predisporre progetti di Ambito in deroga ai criteri di cui sopra.

In tal evenienza le persone richiedenti assegno di cura provvedono ad acquisire presso struttura sanitaria pubblica la certificazione medica nonché la valutazione effettuata attraverso le scale ex D.M. 26/9/16 e l'assistente sociale dell'Ambito, acquisita la certificazione, provvede a redigere un progetto personalizzato di assegno di cura a carattere sociale entro il termine di 30 giorni.

8. CRITERI DI RIPARTO E FINANZIAMENTO DEI PROGETTI DI AMBITO

La D.G.50 provvede periodicamente a fissare mediante Circolare una data di trasmissione dei progetti di Ambito e ad istruire i progetti entro max 40 giorni dalla data suddetta.

Al termine dell'istruttoria provvede con successivi Decreti, ad approvare il riparto, l'assegnazione e la liquidazione del FNA in base al numero dei P.A.I. ed alle relative risorse inclusi nei progetti di Ambito. Sono esclusi dal finanziamento progetti di Ambito pervenuti in ritardo, difformi dalla modulistica inclusa nell'Allegato C o incompleti dei dati richiesti.

I trasferimenti finanziari avverranno con cadenza periodica, compatibilmente con le disponibilità di spesa della competente Direzione Generale e fino al termine delle risorse del FNA annualmente ripartito dal Ministero delle Politiche Sociali.

In presenza di progetti di Ambito con importi superiori alle disponibilità del Fondo, la D.G. 50 si riserva di ammettere a finanziamento solo i P.A.I. per gravissimi o anche ridurre le quote attribuibili a ciascun Ambito.

Per sopperire alle necessità del fabbisogno territoriale, gli Ambiti provvedono a cofinanziare gli assegni di cura al fine di assicurare la presa in carico delle persone con disabilità gravissima escluse dal finanziamento del FNA per carenza di risorse.

La quota di cofinanziamento degli assegni di cura, deve essere programmata annualmente nelle schede progettuali e finanziarie del Piano di Zona con risorse a carico del Fondo Unico di Ambito e la sua liquidazione segue le procedure di approvazione dei Piani previste dalla L.R. 11/2007 e dal Piano Sociale Regionale.

9. CRITERI DI EROGAZIONE

Gli assegni sono erogati mediante bonifico bancario intestato alla persona non autosufficiente (o amministratore di sostegno o tutore giuridico) con cadenza bimestrale. Essi decorrono con valore retroattivo dalla data di redazione del P.A.I. da parte dell'U.V.I. per la durata di 12 mesi, eventualmente prorogabili in presenza di copertura finanziaria.

La data di pagamento del primo bonifico deve essere fissata entro max 30 giorni successivi alla data di notifica del Decreto di Liquidazione da parte della Regione.



COMUNE DI
TORRE DEL GRECO
CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI

AMBITO TERRITORIALE N.31

Nel caso di utenti che già ricevono da parte dell'Ambito prestazioni domiciliari di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico" garantite dall'O.S.S., il primo assegno di cura deve necessariamente coincidere con la data di cessazione delle prestazioni. Allo stesso tempo, le prestazioni non devono essere sospese prima dell'accredito del Bonifico Bancario all'utente, trattandosi di prestazioni L.E.A.

L'assistente Sociale, delegato a rappresentare l'Ambito in seno alla UVI, oltre ad effettuare la valutazione sociale (All. C Scheda SVAMA - SVAMDI) deve:

- accertare che il richiedente sia in possesso della documentazione utile ad effettuarei Bonifici (coordinate bancarie del conto corrente ed eventuale nomina di un familiare come amministratore di sostegno o tutore giuridico);
- indicare in allegato al P.A.I. dell'UVI la data d'inizio ed il termine del pagamento dell'assegno di cura e la procedura per il pagamento , acquisendo la firma per accettazione dell'assistito o di un suo familiare di riferimento e rilasciarne copia, con i recapiti dell'Ufficio incaricato della pratica;
- comunicare all'interessato l'avvenuta notifica del Decreto di Liquidazione da parte della Regione e attivare la prassi concordata preventivamente per il pagamento.

Ugualmente, al termine delle risorse disponibili per l'assegno di cura, l'assistente sociale provvede a darne comunicazione all'interessato e l'Ufficio di Piano provvede ad attivare le prestazioni professionali dell'O.S.S. La continuità della presa in carico è infatti garantita da parte dell'Ambito Territoriale attraverso l'alternanza tra assegno di cura e prestazioni domiciliari.

I Beneficiari di assegno di cura hanno facoltà di rinunciare alle prestazioni domiciliari erogate dagli O.S.S. a vantaggio degli assegni di cura, ma in tal caso perdono il diritto alla continuità della presa in carico per la quota di competenza dell'Ambito Territoriale. A tal fine sottoscrivono una dichiarazione di rinuncia alle prestazioni che esoneri l'Ambito Territoriale dal garantire la continuità assistenziale del P.A.I. di Cure Domiciliari e potranno ricevere l'assegno di cura per periodi determinati e non continuativi e per una durata compatibile con le risorse disponibili.

In attuazione dei criteri di accesso al programma previsti all'art. 5 per l'erogazione del beneficio, questo Ambito, a partire dalla Liquidazione FNA 2021, provvederà alla stesura di una graduatoria degli utenti idonei.

Pertanto, la conseguente liquidazione avverrà fino ad esaurimento delle risorse disponibili.

La graduatoria verrà formulata e pubblicata SUCCESSIVAMENTE al riparto, all'assegnazione e alla liquidazione della relativa annualità dell'FNA attribuita agli ambiti in base al numero dei P.A.I. presentati alla Regione entro la data di trasmissione fissata mediante circolare regionale.

In fase di attuazione del programma annuale la graduatoria potrà subire modifiche SOLO in disponibilità di eventuali economie derivanti dall'attuazione del programma in corso.



COMUNE DI
TORRE DEL GRECO
CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI

AMBITO TERRITORIALE N.31

10. MONITORAGGIO

L'assistente sociale redige oltre alla scheda di valutazione sociale anche un Piano personalizzato di assistenza in cui siano indicati i seguenti dati : inizio e termine del progetto, modalità del pagamento, familiare di riferimento della persona con disabilità che ne cura l'assistenza oppure l'assistente familiare assunto a contratto.

Periodicamente si reca a domicilio dell'assistito, con cadenza di max 6 mesi, per verificare le condizioni della persona assistita, il buon andamento del progetto, il corretto utilizzo dell'assegno di cura e redige una breve relazione di monitoraggio . In caso di assunzione di un'assistente familiare, acquisisce copia del contratto e dei contributi versati; in caso l'assistenza sia fornita da un familiare, acquisisce autocertificazione dello stesso .

L'assistente sociale consegna copia del progetto personalizzato e delle relazioni periodiche di monitoraggio agli atti dell'Ufficio di Piano/Consorzio.

La Regione effettua annualmente il monitoraggio degli assegni di cura e delle risorse stanziare del FNA attraverso:

- schede di monitoraggio in formato digitale;
- una Dichiarazione del Coordinatore dell'Ufficio di Piano / Direttore del Consorzio Servizi Sociali sulle spese sostenute e sul numero di utenti assistiti ;
- Una relazione dello stesso dirigente sul percorso di accesso e valutazione degli utenti , il buon andamento dei progetti di assegno di cura, eventuali criticità rilevate, basata sui progetti personalizzati e sulle relazioni di monitoraggio fornite dalle assistenti sociali.

La Regione si riserva di chiedere copia a campione dei progetti personalizzati e delle relazioni di monitoraggio.

MODULO DI RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

SEZIONE DATI

RICHIEDENTE

Il/La sig./a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
residente nel comune di _____
alla Via/Piazza _____
n° _____ Codice Fiscale _____
Tel. _____ Cell. _____
Documento d'Identità _____

nella qualità di

☐ **legale rappresentante** (specificare: ☐ tutore; ☐ curatore ; ☐ amministratore di sostegno) del diretto interessato (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
residente nel comune di _____
alla Via/Piazza _____ n° _____

Codice Fiscale _____

☐ **referente familiare** (specificare: _____)
del diretto interessato (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
residente nel comune di _____

Alla Via/Piazza _____ n° _____

Codice Fiscale _____

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs.445/2000 art.76 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art.75 del suddetto D.Lgs., consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa,

DICHIARA

- ☐ di essere a conoscenza che gli assegni di cura sono contributi economici omnicomprensivi erogati dall'Ambito Territoriale Sociale, in presenza di risorse a disposizione, in favore di persone non autosufficienti in condizione di disabilità gravissima assistite a domicilio e che costituiscono un titolo di riconoscimento delle prestazioni di assistenza tutelare svolte dai familiari degli ammalati;

- di essere a conoscenza che gli assegni di cura sostituiscono le ore di prestazioni di “assistenza tutelare ed aiuto infermieristico” garantite dall'OSS (Operatore Socio Sanitario) di competenza dell'Ambito territoriale e costituiscono la quota di spesa sociale dei PAI cure domiciliari integrate/ADI;
- di essere consapevole che l'U.V.I. individua un familiare di riferimento che assume la responsabilità di effettuare le prestazioni assistenziali programmate nel P.A.I.;
- di impegnarsi a comunicare, con tempestività, all'Ambito N31 eventuali ricoveri dell'assistito, nonché eventuale sopraggiunto decesso;
- di essere a conoscenza che la presente richiesta non dà diritto alcuno all'erogazione dell'assegno di cura che resta subordinata agli esiti della valutazione in U.V.I. e alla presenza di risorse finanziarie d'Ambito effettivamente disponibili;

CHIEDE

di valutare che in caso di attivazione di un progetto di Cure Domiciliari in favore del diritto interessato su indicato, le “prestazioni sociali” dell'assistenza socio-sanitaria vengano erogate attraverso l'assegno di cura;

Allega:

- Copia documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;
- Copia documento di riconoscimento del diretto interessato, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;
- Copia del verbale di accertamento d'invalidità con relativa certificazione indennità di accompagnamento del diretto interessato;
- Verbale per l'accertamento dell'Handicap L.104/92 con connotazione di gravità (art.3, comma 3);
- Certificazione ISEE socio sanitario;
- **Allegato 2** del MMG/PLS/MAP specificando i bisogni del paziente;
- S.Va.M.A. A (oltre i 65 anni) / S.Va.M.Di A (inferiore ai 65 anni) del MMG/PLS/MAP;
- Documento di riconoscimento del Tutore /Amministratore di sostegno/ Familiare di Riferimento.

Luogo e data: _____

Firma _____

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____
 in qualità di (specificare) _____
 autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs n.196/03 SI NO ☐ ☐

Luogo e data della richiesta _____

Firma _____



COMUNE DI
TORRE DEL GRECO
CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI

AMBITO TERRITORIALE N.31

PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE PERSONALIZZATO

D. G. R. n. 325/2020

Dati anagrafici:

Cognome e Nome _____ Stato Civile _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Comune di residenza _____ Prov _____ Cap _____

Via _____

Tel. _____ Cel. _____

Invalidità civile _____

Legge 104/92 ☐ sì ☐ no

Indennità di accompagnamento ☐ sì ☐ no ☐ pratica in corso

Tipologia di richiesta: Assegno di Cura

Beneficiario ☐ sì ☐ no

Rinuncia all'operatore OSS ☐ sì ☐ no

In qualità di beneficiario di assegno di cura o suo rappresentante legale rinuncio alle prestazioni domiciliari erogate dagli O.S.S. a vantaggio degli assegni di cura, ma in tal caso perdo il diritto alla continuità della presa in carico per la quota di competenza dell'Ambito Territoriale. Potro' ricevere l'assegno di cura per periodi determinati e non continuativi e per una durata compatibile con le risorse disponibili.

Tanto dichiaro e sottoscrivo ai sensi della D. G. R. n. 325/2020

Da compilare solo per gli utenti in prima valutazione e/o in lista d'attesa

- Data prima _____ Valutazione Assegno di Cura
- Data valutazione _____ inserimento Lista d'attesa _____ per beneficio Assegno di cura

Persone di riferimento

COGNOME E NOME	RAPPORTO con il richiedente	RESIDENZA	TELEFONO

Situazione personale e familiare

Il familiare di riferimento dichiara di essere la persona che si occupa della cura e dell'assistenza del beneficiario dell'assegno di cura.

Data _____ Firma _____

Situazione sociale

Con chi vive: ☐ Solo ☐ Con altre persone _____

Domicilio attuale: ☐ Al proprio domicilio ☐ Altro _____

Principali bisogni di cui si fa carico il familiare di riferimento

- ☐ Igiene personale
- ☐ Vestizione
- ☐ Uso dei servizi igienici
- ☐ Mobilità
- ☐ Alimentazione
- ☐ Assistenza per assunzione dei farmaci
- ☐ Acquisti (beni di prima necessità, ecc...)
- ☐ Disbrigo pratiche

Valutazione a cura dell'AS delle attività di base della vita quotidiana

IGIENE PERSONALE	☐ autosufficiente ☐ necessita di aiuto ☐ non autosufficiente
ALIMENTAZIONE	☐ autosufficiente ☐ necessita di aiuto ☐ non autosufficiente
ABBIGLIAMENTO	☐ autosufficiente

	☐ necessita di aiuto ☐ non autosufficiente
ABILITA' MOTORIE	☐ autosufficiente ☐ necessita di supporto da altri ☐ necessita di supporto da ausili ☐ non autosufficiente
COMUNICAZIONE	☐ parla e comprende normalmente ☐ si esprime e comprende con difficoltà ☐ comunica con attraverso l'utilizzo di ausili ☐ non comunica intenzionalmente
	☐ è in grado di stabilire relazioni adeguate con il contesto ☐ tende all'isolamento ☐ ha comportamenti aggressivi ☐ altro _____
LIVELLO DI CONSAPEVOLEZZA	☐ è in grado di riconoscere i propri bisogni e sa chiedere aiuto ☐ esprime le proprie preferenze in modo adeguato ☐ non è in grado di riconoscere i propri bisogni ma sa chiedere aiuto ☐ non è in grado di riconoscere i propri bisogni e non sa chiedere aiuto ☐ altro _____

Risorse da attivare se non beneficiario dell'Assegno di Cura

Servizi formali (di nuova attivazione o aumentati)
☐ SAD ☐ RSA ☐ ALTRI SERVIZI _____ ☐ RINUNCIA AI SERVIZI ALTERNATIVI: _____

Luogo e data _____

Assistente Sociale

Il familiare di riferimento

AMBITO TERRITORIALE N.31

Al Direttore del Distretto Sanitario di Base N 57

PROPOSTA DI ACCESSO

Utente

Situazione anagrafica

Cognome _____ Nome _____

Sesso: ☐ M ☐ F

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Comune di residenza _____ Provincia _____

Via _____ N.civico _____

Domicilio (da indicare se diverso dalla residenza) Comune _____

Via _____ N. _____

Stato Civile: ☐ celibe/nubile ☐ sposato/a ☐ separato/a ☐ divorziato/a ☐ vedovo/a

Occupazione e/o fonti di reddito: nessuna ☐; da lavoro ☐; da pensione ☐; altro ☐;

invalidità: si ☐; no ☐; grado _____ L. 104 si ☐; no ☐ comma _____

indennità di frequenza: si ☐; no ☐; **indennità di accompagnamento:** si ☐; no ☐;

Situazione socio-ambientale

Abitazione : affitto ☐; proprietà ☐; nessuna ☐;

Condizioni abitative: buona ☐; sufficiente ☐; precaria ☐; di estremo bisogno ☐;

AMBITO TERRITORIALE N.31

*** Composizione del nucleo familiare (riferita al nucleo di conviventi di primo grado):**

(la compilazione è a cura dell'assistente sociale)

Grado di parentela	età	Professione	Occupazione	Tipo di supporto fornito
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

*** Rete sociale (amici, vicinato, ecc.):**

(la compilazione è a cura dell'assistente sociale)

Tipo di relazione	Tipo di supporto fornito

CONDIZIONI DI SALUTE

Patologie presenti: _____

Diagnosi Cliniche : _____

CONDIZIONI DI AUTONOMIA ED AUTOSUFFICIENZA

Grado di autonomia:

☐ sufficiente

☐ parzialmente sufficiente

☐ insufficiente

Se parzialmente sufficiente o insufficiente indicare se:

☐ è confinato a letto

☐ su sedia a rotelle

☐ in casa

Capacità relazionali:

☐ scarse

☐ mediocri

☐ buone

REFERENTI TERRITORIALI DA ATTIVARE

UU.OO. (specificare) _____

MMG/PLS (specificare nominativo) _____

Servizio Sociale Comune di Torre del Greco _____



AMBITO TERRITORIALE N.31

che comportano l'eventuale erogazione di una prestazione sociosanitaria di tipo:

- ☐ DOMICILIARE ☐ RESIDENZIALE ☐ SEMIRESIDENZIALE

PROPONE

all' Unità di Valutazione Integrata del Distretto Sanitario di Base n° _____ di _____ sottoporre a valutazione multidimensionale il proprio assistito.

Data

L'Assistente Sociale

Tel.
Cell.
Fax
e-mail :

Il Medico M.M.G./P.L.S.

Timbro e firma e/o in alternativa si allega:

Allegato 2
Scheda Svama A

Tel.
Cell.
Fax
e-mail :

CONSENSO INFORMATO

La presente proposta è corredata dal consenso informato del cittadino da sottoporre a valutazione o da chi ne esercita la tutela.

AMBITO TERRITORIALE N.31

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO ALLA VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE INTEGRATA (U.V.I.)

Io sottoscritto.....dichiaro di essere stato informato chiaramente e compiutamente dal Dott...../ Assistente Socialeche per la complessità della tipologia delle prestazioni da me richieste caratterizzate “dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali: sanitari e sociali nell’ambito del processo personalizzato di assistenza” e per le quali l’entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza delle AA.SS.LL. e dei Comuni (DPCM 14.02.01 e allegato 1C del DPCM 29.11.01) e che possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell’ambito di strutture residenziali o semiresidenziali, attinenti alle aree:

- ☐ Materno- infantile
- ☐ Anziani
- ☐ Handicap
- ☐ Patologie psichiatriche
- ☐ Dipendenza da droghe, alcol e farmaci
- ☐ Patologie per infezioni HIV e patologie in fase terminale
- ☐ Inabilità o disabilità conseguenti da patologie cronico-degenerative

È necessario procedere ad una valutazione realizzata da esperti (sia di parte sociale che di parte sanitaria) che ha come obiettivo la definizione del programma terapeutico più idoneo a risolvere o migliorare il mio problema.

Mi è stato spiegato che senza la valutazione mirata del mio problema non è possibile autorizzare le prestazioni da me richieste.

Dichiaro di non avere subito da parte del medico alcuna pressione di carattere psicologico e pertanto do il mio consenso a sottopormi alla valutazione dell’U.V.I. che svolge i seguenti compiti:

- Effettua la valutazione multidimensionale
- Elabora il progetto personalizzato
- Elabora il progetto riabilitativo
- Rilascia l’autorizzazione all’inserimento nella rete dei servizi

Sottoscritto in data.....

Firma del paziente e/o del legale rappresentante

.....

Firma del Medico

.....

AMBITO TERRITORIALE N.31

INFORMATIVA EX ART. 13 D.LGS. 196/2003 PER IL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI

(È parte integrante di ogni documento clinico-amministrativo ASL cui si riferisce)

Premesso che questo Ambito Territoriale ha necessità per finalità di istituto, di raccogliere *dati personali* nonché *dati sensibili* inerenti la Sua persona;

che questi stessi dati personali e/o sensibili – oggetto di trattamento, devono essere:

- trattati in modo lecito e con correttezza;
- raccolti e registrati a scopi determinati espliciti e legittimi, ed utilizzati in altre operazioni del trattamento in termini non incompatibili con tali scopi,
- esatti e, se necessario, aggiornati,
- pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti e successivamente trattati
- conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti o successivamente trattati;

SI INFORMA DI QUANTO SEGUE

La S.V.: sig./a nato a il

Residente in alla via/piazza n.

Identificato/a con nr. del

- Le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati sono PREVENZIONE – CURA – RIABILITAZIONE – ALTRO (cancellare quello che non interessa)
- La natura obbligatoria del conferimento dei dati, anche emergenti nel corso della prestazione e che le conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere sono: IMPOSSIBILITÀ A PROCEDERE, fatti salvi i casi di emergenza ed urgenza (ex Art. 54 c.p.) ragioni di giustizia e sicurezza ed igiene pubblica;
- i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati e l'ambito di diffusione dei dati medesimi, precisando che i dati sensibili saranno comunicati esclusivamente in forma anonima anche se per finalità statistiche e/o di carattere scientifico, sono REGIONE CAMPANIA . MINISTERO DELLA SALUTE – ALTRI
- i diritti di cui all'art. 13 della stessa Legge (sul retro elencati);
- il nome, la denominazione e la residenza del Titolare del trattamento (vd. L'intestazione del presente foglio) – il nome del Responsabile del trattamento: Dott./Sig

AMBITO TERRITORIALE N.31

D.LGS. 196/2003 DIRITTI DELL'INTERESSATO (TITOLO II ART. 7)

In relazione al trattamento di dati personali l'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

- a) Dell'origine dei dati personali;
- b) Della finalità e della modalità del trattamento;
- c) Della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- d) Degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili, e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2;
- e) Dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile e comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato.

L'interessato ha diritto di opporsi in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.



CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI

MODULO DI SCELTA DEL SOGGETTO EROGATORE DEL SERVIZIO EFFETTUATA DALL'UTENTE

Il sottoscritto (Cognome e nome)

In qualità di ☐ Beneficiario ☐ Referente Familiare ☐ Tutore ☐ Amministratore di Sostegno

nato a _____ prov. _____ il ____/____/____

Codice Fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

residente in _____ prov. _____

Via/Piazza _____ N. civico _____

telefono _____ altro recapito _____

mail _____

BENEFICIARIO del servizio di:

☐ ADA

☐ ADH

☐ ADI

☐ Assistenza Specialistica Scolastica

☐ Comunità Tutelare

☐ Casa albergo

☐ ALTRO _____

COMUNICA

Alle SS.LL. che per l'erogazione del Servizio indicato sceglie dall'albo del catalogo fornitori dei servizi dell'Ambito N31 dal mese di _____ il seguente soggetto accreditato erogatore:

L'utente

Per accettazione
Il soggetto erogatore/accreditato

Si Allega:

Copia della carta di identità in corso di validità.

Informativa

- Il modulo deve essere compilato dall'utente o da un familiare o Rappresentante Legale;
- Il modulo **originale** deve essere consegnato all'ufficio dei Servizi Sociali, via Calastro Ex Mulini Meridionali Marzoli – Torre del Greco(NA) e deve restare agli atti del fascicolo personale dell'utente;
- l'utente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa all'Ufficio dei Servizi Sociali

Relazione giustificativa relativa alla modifica della programmazione del fondo SIEI 2022

(max 2 pagine)

Circostanze che motivano la modifica degli interventi programmati

(descrivere in maniera dettagliata le circostanze impreviste e imprevedibili che hanno condotto alla necessità di revisione della programmazione già trasmessa ed approvata dalla Regione Campania, e del modo in cui le stesse impattano sullo scenario esistente e sul fabbisogno oggetto della relazione trasmessa in riferimento al periodo 2021-2023)

Le modifiche apportate alla programmazione 2022 hanno riguardato gli importi attribuiti alle scuole paritarie dal D.D. 292 del 29/07/2022. Si è provveduto, quindi, all'aggiornamento degli importi previsti e ad aggiungere la scuola Sweet School prevista dal predetto Decreto Regionale.

Inoltre abbiamo definito la programmazione dell'importo di cofinanziamento regionale al fondo SIEI relativamente al 2022. Si è deciso di impiegare tali fondi per la programmazione di un servizio di voucheristica per i servizi di asilo nido.

Interventi di cui si rende necessaria la modifica

(a partire dalle motivazioni sopra riportate, indicare in maniera specifica le modifiche apportate, seguendo lo schema qui sotto riportato – lo schema va replicato in caso di cambiamenti a più interventi)

Secondo quanto richiesto, sono state apportate le seguenti modifiche:

- Inserimento degli interventi di voucheristica per gli asili nido a valere sul cofinanziamento regionale inserendo la riga "35" e compilando le celle come dovuto;
- Inserimento della scuola paritaria "Sweet Academy" alla riga 36 e compilando le celle come dovuto;
- Modifiche delle seguenti celle riguardanti le scuole paritarie:
 - Colonna I "numeri posti (capienza)" dalle celle 13 a 30;
 - Colonna J "numero bambini iscritti" dalle celle 13 a 30;
 - Colonna Q "Target (riferito all'indicatore/i - quale valore deve raggiungere l'indicatore per dimostrare il successo dell'intervento)" dalle celle 13 a 30;
 - Colonna T "Importo a valere sul fondo SIEI" dalle celle 13 a 30.

Dati relativi al responsabile del procedimento (anche ai fini del monitoraggio)

(riportare nominativo, ufficio, ruolo e recapiti – telefonici e di mail – del responsabile del procedimento di programmazione e monitoraggio, che deve essere unico per ogni Ambito, in accordo con la previsione per cui, anche qualora gli interventi dovessero essere realizzati dai singoli Comuni, la responsabilità nel fornire i dati di monitoraggio e il rendiconto sarà comunque del Comune capofila - o altro ente di governo in base alla forma associativa adottata dall'Ambito)

DOTT. GAETANO MALERBA – ASSISTENTE SOCIALE

N. TEL.: 081.8830622

ambito31.torredelgreco@asmepec.it

IL DIRIGENTE

Dott.ssa Claudia Sacco

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.Lgs. 39/93

[illegible]

