



Comune Capofila Benevento

Comuni di Apollosa Arpaia Benevento Ceppaloni San Leucio del Sannio

Legge 328/2000

L.R. 11/2007

REGOLAMENTO PER L'ACCESSO E L'EROGAZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI INTEGRATI

**(ai sensi dell'art. 41 della L.R. Campania n. 11/07 e della D.G.R. Campania n. 41/2011
e ss.mm.ii.)**



Comune Capofila Benevento

Comuni di Apollosa Arpaise Benevento Ceppaloni San Leucio del Sannio

Art. 1 - Ambito di applicazione

Il presente regolamento disciplina i criteri e le procedure per l'accesso e la erogazione dei servizi socio-sanitari integrati, ai sensi della D.G.R.C. n. 2006/04, dell'art. 41 della L.R. Campania n. 11/07, D.C.A. n. 6 del 04/02/2010, della D.G.R.C. n. 41/2011, della D.G.R.C. n. 50 del 28/02/2012, D.G.R.C. n. 483 del 21/09/2012, del D.C.A. n. 16 del 14/02/2013, del D.C.A. n. 110 del 22/10/2014, della D.G.R.C. n. 282 del 14/02/2016, del D.C.A. n. 97 del 16/11/2018, ss.mm.ii., attraverso procedure unitarie e condivise tra l'ASL BENEVENTO e l'Ambito Territoriale B1.

Art. 2 - Le prestazioni socio sanitarie: definizione

Le prestazioni socio sanitarie si dividono in tre tipologie:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria;
- prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

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

Art. 3 - Le prestazioni socio sanitarie integrate

Le prestazioni socio sanitarie integrate attengono prevalentemente alle aree:

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

Tali prestazioni si articolano in prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali.



Comune Capofila Benevento

Comuni di Apollosa Arpaise Benevento Ceppaloni San Leucio del Sannio

Art. 4 - I destinatari

I destinatari delle prestazioni socio-sanitarie integrate sono cittadini residenti nei Comuni dell'Ambito B1, afferenti al Distretto Sanitario BN1, in stato di bisogno sociosanitario complesso, con particolare riferimento ai soggetti fragili, in condizione di dipendenza e non autosufficienza. In caso di utenti presi in carico, si considera, ai sensi della normativa vigente, la residenza all'atto del primo ricovero (L. 328/2000, art. 6, comma 4).

Art. 5 - Accesso per l'erogazione dei servizi socio-sanitari integrati

L'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti prestazioni socio sanitarie integrate avviene con procedure unitarie attraverso:

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

Art. 6

La Porta Unitaria di Accesso (PUA)

La PUA è una struttura di snodo dell'offerta dei servizi alla persona, una modalità organizzativa che può prevedere specifici spazi ma deve essere intesa soprattutto come modello e funzione di integrazione e raccordo stabile dei diversi punti e nodi di accesso, sanitari e sociali, a cui il cittadino si rivolge, eliminando duplicazioni e sovrapposizioni.

I punti di accesso territoriali sono ubicati presso tutti i Comuni dell'Ambito B01 e le sedi delle U.O. Distrettuali.

Alla PUA compete:

- la funzione di accoglienza e informazione;
- la funzione di valutazione di primo livello, finalizzata ad 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;
 - l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata;
 - la attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta ed il bisogno del cittadino in relazione alle risorse disponibili.

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

La segnalazione alla PUA può essere attivata:

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

La richiesta deve essere effettuata attraverso la Scheda di accesso al sistema dei Servizi, approvata con D.G. R.C. n.790 del 21/12/2012 "Linee Operative per l'accesso unitario ai Servizi Socio-Sanitari - PUA".

In tutti i casi occorre acquisire dal cittadino o dal suo tutore giuridico o dai suoi familiari il consenso informato al trattamento dei dati da parte dei diversi soggetti della rete di servizi sociali e sanitari, nel rispetto della normativa sulla privacy e della L.241/90 in merito alla responsabilità del procedimento.



Comune Capofila Benevento

Comuni di Apollosa Arpaise Benevento Ceppaloni San Leucio del Sannio

Gli operatori della Porta Unitaria di Accesso dovranno discriminare il bisogno espresso dal cittadino 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.

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

In caso di bisogno complesso, ossia quando nel corso del processo di presa in carico da parte di uno dei punti di accesso si ritiene che esistano situazioni multiproblematiche e condizioni di complessità che richiedano un'attività integrata con la partecipazione sia del servizio sociale che del servizio sanitario, la PUA, contatta il MMG/PLS, il quale, se non ha già prodotto richiesta, formula su apposita modulistica, la proposta motivata di ammissione ai servizi sociosanitari integrati per l'ulteriore invio del soggetto in UVI.

Art.7 - L'Unità di Valutazione Integrata (UVI)

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

- Dirigente Responsabile dell'U.O. del Distretto sanitario o del Dipartimento di Salute Mentale competente per il caso e delegato alla spesa dell'ASL;
- Delegato alla spesa sociale nominato dall'Ambito Territoriale;
- Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) dell'assistito responsabile della presa in carico del cittadino/utente;
- Assistente/i sociale/i nominata/i dall'Ambito Territoriale responsabile/i della valutazione e della presa in carico del cittadino/utente.

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

Alle sedute è sempre invitato a partecipare il cittadino-utente, o suo familiare, il quale è coinvolto nella fase di formulazione del Progetto personalizzato.

La composizione dell'UVI è comunicata annualmente alla Regione Campania da parte dell'Ambito territoriale, con una scheda UVI allegata al Piano Sociale di Zona.

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

Art. 8 - La convocazione dell'UVI

Il punto di accesso della PUA o il MMG inviano all'U.O. distrettuale competente per il caso la proposta di accesso ai servizi sociosanitari e, di concerto con il Coordinatore dell'Ufficio di Piano, si procede alla convocazione dell'UVI. L'UVI è convocata per iscritto, in prima e seconda convocazione, a firma congiunta del Responsabile dell'U.O. competente per il caso e del Direttore



Comune Capofila Benevento

Comuni di Apollosa Arpaise Benevento Ceppaloni San Leucio del Sannio

del Distretto Sanitario e viene trasmessa, via fax, via a mail, via pec o per posta al MMG, al cittadino utente o suo familiare/tutore ed all'Assistente sociale dell'Ambito.

Per ogni utente valutato in UVI, è compilata ed adottata la modulistica S.V.A.M.A. o S.V.A.M.Di. di cui alla DGRC n.1811/07. Per ogni seduta UVI è redatto specifico verbale secondo lo schema "D" allegato alla suddetta DGRC. Il MMG è tenuto alla compilazione della scheda "A", lo Specialista competente per la patologia dovrà utilizzare la scheda "B" e l'Assistente Sociale dell'Ambito dovrà effettuare la valutazione sociale utilizzando sempre la Scheda "C". E' compito di quest'ultima acquisire dall'utente il modello ISEE ed effettuare il calcolo per la eventuale compartecipazione dell'utente.

Entro 30 gg. dalla richiesta di accesso viene effettuata la valutazione multidimensionale in UVI, viene redatto un verbale utilizzando la Scheda "D" della modulistica S.V.A.M.A. o S.V.A.M.Di. contenente il Piano Assistenziale Personalizzato. Il delegato alla spesa dell'Ambito, anche se non prende parte alla seduta UVI, è tenuto, entro 7 gg., alla sottoscrizione del verbale UVI.

Per tutti i casi di richiesta di Cure Domiciliari, la presa in carico di tipo sanitario avviene immediatamente, con la formulazione di un piano assistenziale provvisorio.

Successivamente, a firma anche del Direttore del Distretto, il Responsabile dell'U.O. invia una comunicazione al Coordinatore ed all'Assistente Sociale dell'Ambito, con l'indicazione delle date di convocazione UVI, in cui vengono segnalati tutti i nominativi degli utenti valutati dall'equipe sanitaria e già inseriti in Cure Domiciliari e per i quali è necessario acquisire anche la valutazione sociale, attraverso la compilazione della Scheda "C", al fine della definizione del Livello Assistenziale e dell'eventuale stesura di un Piano Assistenziale Integrato Domiciliare, con l'erogazione di prestazioni di Assistenza Tutelare. In tal caso l'Ass. Sociale è tenuta all'acquisizione dell'ISEE ed al calcolo della quota per la eventuale compartecipazione.

Così come disposto all'art. 5 punto 4 dell'All. 1 alla DGRC n° 50 del 28/2/2012, nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito, formalmente convocato, risulti assente a due sedute consecutive dell'UVI, l'ASL procederà alla valutazione dell'assistito e le relative risultanze sono vincolanti ai fini della compartecipazione.

Art. 9 - Compiti dell'UVI e l'individuazione del Responsabile del caso

La UVI svolge i seguenti compiti:

1. effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali dell'assistito e del suo nucleo familiare (valutazione di secondo livello), applicando strumenti idonei e standardizzati (schede e scale di valutazione sanitaria e sociale: S.V.A.M.A. o S.V.A.M.Di.);
2. elabora il Progetto Personalizzato, tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. Il Progetto deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
3. individua tra i propri componenti il Responsabile del caso per garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dal Progetto personalizzato (case manager);
4. individua il costo della prestazione autorizzata e stabilisce la percentuale di compartecipazione alla spesa socio sanitaria da parte dell'ASL e dell'Ambito/utente;
5. verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato;
6. stabilisce le modalità di dimissione.



Rispetto al compito di cui al terzo punto, è importante distinguere tra la responsabilità clinica del caso, che rimane in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari) e la responsabilità del Progetto Personalizzato, che è appunto del *Case Manager o Responsabile del caso*. Il ruolo di Case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente: può quindi essere una figura sanitaria o sociale, in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative.

Il responsabile del caso viene individuato tra i propri componenti in sede UVI, scelto in base al maggior coinvolgimento che egli assume sia sul piano tecnico-scientifico, sia sul piano amministrativo ed è all'UVI che deve direttamente rispondere del suo operato. Visto l'impegno che tale funzione richiede, è opportuno affidare ad uno stesso operatore un numero limitato e compatibile di casi da coordinare.

Art. 10 - Il Progetto personalizzato

Il Progetto Personalizzato definisce esplicitamente e in maniera analitica:

- gli obiettivi essenziali da raggiungere
- la tipologia della prestazione
- la data di avvio e la durata presumibile degli interventi
- tempi di verifica dell'andamento del Progetto
- i costi della prestazione e la ripartizione percentuale dei costi tra ASL e Ambito/utente
- il consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

Il Progetto deve prevedere:

1. Anamnesi del Medico di Medicina Generale (M.M.G.) o del Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.);
2. Anamnesi socio-ambientale del singolo e/o del nucleo familiare;
3. Diagnosi sociale;
4. Individuazione risorse personali;
5. Individuazione risorse familiari (famiglia nucleare e allargata);
6. Individuazione risorse comunitarie;
7. Indicatore della situazione economica del singolo e/o del nucleo familiare di riferimento (I.S.E. e I.S.E.E.);
8. Obiettivi dell'intervento integrato;
9. Metodologia;
10. Prestazione sanitaria dettagliata e operatori coinvolti;
11. Prestazione sociale dettagliata e operatori coinvolti;
12. Eventuale impegno di risorse del terzo settore e operatori coinvolti;
13. Case Manager;
14. Tempistica;
15. Strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione;



Comune Capofila Benevento

Comuni di Apollosa Arpaise Benevento Ceppaloni San Leucio del Sannio

16. Eventuali moduli, schede, protocolli, relazioni, certificazioni, frutto della professionalità, dell'esperienza, della competenza, dei componenti e/o delle unità operative e dei servizi che questi rappresentano.

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

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

L'utente ha la possibilità di:

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

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

Il verbale UVI ed il Progetto personalizzato è redatto in triplice copia, di cui una riservata al Distretto, una riservata all'Ambito ed una riservata per l'utente o suo familiare/tutore. La copia riservata al Distretto è conservata presso la sede in un fascicolo personale, nel quale è riposta tutta la documentazione relativa all'assistito (proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, ecc.) nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs 196/2003 e Reg U.E. n. 679/2016). Tale fascicolo può essere consultato dai componenti dell'UVI.

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

Art. 11 - L'erogazione del servizio socio-sanitario

Alla definizione del Progetto personalizzato da parte dell'UVI segue l'erogazione del servizio socio-sanitario, previa sottoscrizione del verbale UVI, allegato "D" delle schede S.V.A.M.A. e S.V.A.M.Di.

Il Dirigente dell'U.O. competente del Distretto Sanitario, il Delegato alla spesa per l'Ambito Territoriale e l'utente sottoscrivono, congiuntamente, il suddetto verbale che l'U.O. competente del Distretto Sanitario trasmetterà ai responsabili delle strutture pubbliche e/o private accreditate che erogano prestazioni socio-sanitarie; nel caso di struttura residenziale e/o semi-residenziale pubblica il verbale sarà trasmesso anche al Direttore del Distretto e al Dirigente dell'U.O. competente del Distretto in cui ha sede la struttura. Il Dirigente dell'U.O. competente del Distretto Sanitario è onerato di aggiornare periodicamente l'Albo delle strutture accreditate e comunque entro i termini previsti dalle disposizioni normative regionali e nazionali. La sottoscrizione del delegato alla spesa dell'Ambito B1 ha valenza solo di impegno all'assunzione di spesa e non implica oneri di verifica della regolare iscrizione della struttura nell'Albo competendo la stessa al Dirigente dell'U.O. competente del Distretto Sanitario. Quest'ultimo, a richiesta, è comunque onerato di fornire all'Ambito B1 la documentazione e le informazioni di interesse.



Comune Capofila Benevento

Comuni di Apollosa Arpaise Benevento Ceppaloni San Leucio del Sannio

A loro volta le strutture, pubbliche e/o private accreditate, comunicheranno al soggetto autorizzante la disponibilità ad accettare il ricovero e la data del ricovero stesso.

In caso di Cure Domiciliari, Ambito e ASL provvedono in proprio ad attivare le prestazioni di competenza.

L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla recettività dei servizi, alla disponibilità di risorse economiche dell'Ambito e ai tetti di spesa dell'ASL, per cui potrà essere stilata una lista d'attesa che terrà conto dell'ordine cronologico delle istanze e del livello di complessità dei bisogni clinici e socio-economici che scaturiscono dai punteggi ottenuti a seguito della valutazione.

Art. 12 - Liste d'attesa

L'U.O. competente del Distretto Sanitario trasmetterà le risultanze della valutazione, con l'eventuale idoneità all'accesso, alle strutture scelte dall'utente o dai suoi familiari (nel caso di struttura gestita dall'ASLBN la comunicazione sarà inviata al Distretto Sanitario in cui ricade la struttura).

Tale comunicazione dovrà riportare i dati anagrafici dell'utente, una breve sintesi della valutazione UVI con i punteggi ottenuti e l'autorizzazione al ricovero.

I punteggi attribuiti agli utenti sono quelli risultanti dalle schede di valutazione allegate alla DGRC n. 1811/07, scheda S.V.A.M.A. e S.V.A.M.Di., in particolare il punteggio relativo al livello di autonomia e il punteggio relativo alle condizioni socio-economiche.

A parità di punteggio del livello di autonomia e delle condizioni socio-economiche hanno priorità di accesso, nell'ordine:

1. persone residenti nello stesso comune in cui è ubicata la struttura;
2. persone residenti nel distretto sanitario e/o distretto sociale in cui è ubicata la struttura;
3. persone residenti in altri distretti sociali o distretti sanitari dell'A.S.L. di appartenenza;
4. persone residenti in A.S.L. diverse.

Le strutture (nel caso di struttura gestita dall'ASLBN il Distretto Sanitario in cui ricade la struttura) terranno delle liste d'attesa che verranno aggiornate, secondo i parametri descritti, ogni qualvolta saranno inviate nuove autorizzazioni all'inserimento. Le strutture (nel caso di struttura gestita dall'ASLBN il Distretto Sanitario in cui ricade la struttura) sono tenute a comunicare mensilmente alle U.U.O.O. ed agli Ambiti Territoriali competenti le liste d'attesa e l'eventuale disponibilità del posto.

Articolo 13 - Composizione e funzioni del Coordinamento e dell'Ufficio socio-sanitario integrato

Per l'esercizio congiunto delle funzioni e dei compiti relativi alla programmazione, gestione, monitoraggio, contabilità e rendicontazione delle prestazioni socio-sanitarie integrate, è istituito, a livello centrale, il Coordinamento socio-sanitario integrato, a livello distrettuale, l'Ufficio Socio-Sanitario Integrato.

Il Coordinamento socio-sanitario è composto per l'ASL dal Coordinatore Socio-Sanitario e per l'Ambito dal Coordinatore dell'Ufficio di Piano e svolge le seguenti funzioni: indirizzo e programmazione territoriale integrata relativa alle prestazioni socio-sanitarie da inserire nel Programma delle Attività Territoriali (PAT) e nel Piano di Zona Sociale (PDZ); coordinamento delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA socio-sanitari); definizione del livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione sociosanitaria territoriale e formulazione degli atti regolamentari e dei protocolli.



Legge 328/2000

L.R. 11/2007

Comune Capofila Benevento

Comuni di Apollosa Arpaia Benevento Ceppaloni San Leucio del Sannio

L'Ufficio socio-sanitario integrato, in staff alla Direzione distrettuale e funzionalmente collegato al Coordinamento Socio Sanitario aziendale, in stretto rapporto con gli altri servizi distrettuali, supporta la direzione distrettuale nella programmazione e realizzazione dell'integrazione tra le attività di assistenza territoriale e sociale, effettua l'analisi dei bisogni socio-sanitari e delle risorse, assicura il coordinamento e raccordo, in particolare tra i servizi sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria del distretto e tra questi e i servizi sociali territoriali, sovrintende ai processi delle attività di accoglienza e prima valutazione (PUA) nonché a quelli della valutazione funzionale Multidimensionale e della definizione di Progetti Assistenziali Individuali, assicura la gestione ed il monitoraggio congiunto delle prestazioni socio-sanitarie e rende operativo il sistema unico di contabilità e rendicontazione delle prestazioni socio-sanitarie.

L'Ufficio è composto, per l'ASL, dal Dirigente dell'U.O. Sociosanitaria e dal personale all'uopo individuato, per l'Ambito, dal responsabile per l'integrazione socio-sanitaria dell'Ufficio di Piano. A capo dell'Ufficio socio-sanitario vi è il Dirigente dell'U.O. socio-sanitaria distrettuale.

Art. 14 - Entrata in vigore

Il presente regolamento entra in vigore con l'approvazione definitiva del presente atto, attraverso la pubblicazione della Delibera da parte del Comune Capofila Benevento dell'Ambito territoriale di riferimento che recepisce gli atti di approvazione dei lavori del Coordinamento Istituzionale e la trasmette ai Comuni dell'Ambito

Esso sarà aggiornato in relazione a successive disposizioni che saranno adottate a livello nazionale e regionale.

Art. 15 - Norme di Rinvio

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