



COMUNI DI

**Mesagne – Latiano – Erchie – Torchiarolo – Cellino San Marco -
San Pietro Vernotico – San Pancrazio Salentino – San Donaci –
Torre Santa Susanna
Asl Br 1
Provincia di Brindisi**

Piano Sociale di Zona



2010-2012

PREMESSA

Il percorso di concertazione e programmazione partecipata

La redazione del secondo Piano sociale di zona è un evento senza dubbio significativo, per molti motivi.

Innanzitutto, rappresenta il rinnovarsi di una scelta. La scelta degli Amministratori di affrontare insieme i problemi sociali del territorio, nella consapevolezza della loro natura complessa, che travalica i confini del singolo Comune, e nella consapevolezza di dover realizzare un sistema di servizi e di interventi improntato ai principi di equità e solidarietà, che garantisca a tutti di essere cittadini allo stesso titolo.

E' una scelta che ha una radice profonda nella storia e nei valori di questo territorio, nel comune sentire, nel suo essere una comunità forte e solidale, aldilà delle differenze.

Con questo Piano di zona comincia a prendere corpo, non solo agli occhi degli addetti ai lavori, ma anche a quelli della cittadinanza, una nuova realtà: quella dell'Ambito territoriale. Una realtà ancora debole e lungi dall'essere definita con sufficiente chiarezza, ma che, grazie all'impegno e alla sollecitudine di chi vi sta lavorando, comincia ad essere un punto di riferimento importante. L'Ambito ha ora dei volti e, soprattutto, un piano di lavoro concreto, attuabile, sviluppato sulla base di un'analisi puntuale della domanda e dell'offerta, e con la partecipazione di tanti soggetti.

Non si tratta certo di ricominciare da zero. Durante la fase di attuazione della programmazione del primo triennio, il Comune capofila e i restanti otto Comuni dell'Ambito hanno compiuto grandi sacrifici per dotare il territorio di un'efficace rete di servizi sociali, realizzando strutture importanti, organizzando iniziative significative, sviluppando con convinzione l'integrazione socio-sanitaria.

Si tratta, quindi, di valorizzare quanto fino ad oggi è stato fatto, di riqualificarlo e potenziarlo se necessario, di far dialogare sempre meglio i vari "pezzi" del sistema, sia quelli immediatamente legati al sociale sia quelli apparentemente lontani. Si tratta di mettere al centro dell'agire politico il cittadino, sempre e comunque.

Oggi ci si rende sempre più conto che investire nel sociale non è una mera *uscita di denaro senza ritorno*. Migliorare la qualità della vita dei cittadini attraverso i servizi sociali, significa anche sviluppare l'economia di un territorio, significa frenare lo spopolamento e la perdita di risorse umane e materiali, significa richiamarne di nuove, significa creare lavoro; insomma, significa avviare circuiti virtuosi che portano il cittadino ad amare il luogo in cui vive, a sentirsi parte di una comunità e a voler contribuire attivamente al suo benessere.

Il cammino, sicuramente, è ancora lungo e molte sono le questioni da affrontare per il futuro, questioni che richiedono tutta l'attenzione e l'impegno degli Amministratori e degli organismi tecnici.

Se il lavoro sociale, educativo ed anche sanitario non è un agire sulle persone e nemmeno per le persone, ma con le persone, vuol dire che esso si basa primariamente

sulle risorse, espresse o potenziali, di cui i soggetti, individuali o sociali, sono in possesso.

E quando le risorse potenziali non riescono ad emergere e a realizzarsi, e quindi i soggetti non riescono a progettarsi consapevolmente, il lavoro socio-educativo consiste, in primo luogo, proprio nel risvegliare, ricostruire, restituire tali risorse.

Se non si è consapevoli di essere "persone", con tutta la dignità umana che ne consegue, e con tutti i diritti e le responsabilità che le competono, è impossibile divenire protagonisti della propria storia e co-protagonisti della storia comunitaria. Infatti, un soggetto che non riesce a progettare la propria esistenza in un mondo comune ad altri soggetti finisce quasi sempre per vivere ai margini di tale mondo o in una relazione di continua dipendenza.

Questo vale tanto per le società in via di sviluppo che per quelle più evolute.

La "coscientizzazione" prende avvio dalla "conoscenza". Conoscere il significato della propria dignità umana, conoscere i problemi che riguardano il contesto in cui si vive, conoscere le norme che regolano la vita della comunità e i servizi che la comunità offre ai cittadini, come dovere di solidarietà corrispondente ai diritti costituzionali della persona, tutto ciò diventa la base imprescindibile perché ogni soggetto possa agire consapevolmente e responsabilmente nella comunità, realizzando se stesso mentre collabora alla realizzazione degli altri.

Nelle pagine che seguono verrà illustrato il secondo Piano di zona del territorio dell'Ambito Territoriale 4.

Il Piano è parte rilevante di un progetto sociale di ampia portata teso alla valorizzazione delle comunità e delle culture locali, della partecipazione, dell'auto-organizzazione della popolazione per il proprio sviluppo.

Il documento messo a punto vuole, nelle intenzioni, essere il più possibile "snello" e adatto alla diffusione, perché pensato come strumento di partecipazione e perché concepito come qualcosa che non è destinato a concludersi nel tempo, ma a durare, ad essere ridiscusso, ad essere modificato, ad essere un "processo".

Il compito centrale della pianificazione è quello di porre in relazione una solida teoria della trasformazione con una pratica radicale, con l'obiettivo specifico di produrre analisi, strategie che aiutino le famiglie, le comunità e i movimenti sociali a meglio comprendere la realtà in cui vivono, a contare sulle proprie forze, ad impiegare il proprio tempo per fini sociali, a progettare il proprio futuro.

Questo non è un Piano "ideale", né il migliore dei piani possibili. Tanto meno esso riflette solo le competenze ed il lavoro di chi lo ha materialmente stilato.

E', inevitabilmente, l'espressione della complessità di un sistema, di un contesto, di una storia condivisa, di una cultura del sociale; è l'espressione di numerosi soggetti - amministratori, dirigenti, tecnici, operatori, cittadini -, delle loro istanze, delle loro esigenze, delle loro relazioni e del loro impegno. Tutti, con il loro agire e, talvolta, anche con il loro non-agire, hanno avuto un ruolo importante nel dare forma a questo Piano di zona.

Il presente documento è stato articolato in osservanza del “ *PIANO REGIONALE POLITICHE SOCIALI 2009-2011*” predisposto dalla Regione Puglia approvato dalla Giunta Regionale con Del. G.R. n. 1865 del 13 ottobre 2009.

Linee di cambiamento

- da interventi categoriali a interventi rivolti alla persona e alle famiglie;
- da interventi prevalentemente monetari ad un insieme integrato di interventi e servizi in rete,
- da interventi disomogenei a livelli essenziali su tutto il territorio;
- da prestazioni rigide, predefinite a prestazioni flessibili e diversificate, basate su progetti personalizzati;
- dal riconoscimento del bisogno di aiuto all’affermazione del diritto all’inserimento sociale;
- da politiche per contrastare l’esclusione sociale a politiche per promuovere l’inclusione sociale.

La Concertazione

La promozione di un quadro di cooperazione tra i diversi livelli istituzionali e i soggetti sociali è condizione necessaria per lo sviluppo di un **welfare delle responsabilità** fondato sull’esercizio dei diritti/doveri di solidarietà sociale.

Una sorta di **Patto sociale** tra cittadini e istituzioni finalizzato a produrre autonomia dei soggetti e a generare la responsabilità degli attori.

Gli attori del nuovo welfare plurale sono:

- i diversi soggetti istituzionali (Comuni, Provincia, ASL) che promuovono, realizzano e valutano le politiche sociali;
- le comunità locali (famiglie, organizzazioni di cittadinanza attiva, gruppo di auto-mutuo aiuto, singoli cittadini) che sono i soggetti attivi del nuovo welfare delle responsabilità condivise;
- i soggetti del Terzo Settore (Onlus, cooperative sociali, volontariato, associazioni di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato) che concorrono alla programmazione, all’organizzazione e alla gestione del sistema integrato;
- le OO.SS. e le associazioni di tutela degli utenti, che partecipano a formulare gli obiettivi di ben-essere sociale e a valutarne il raggiungimento.

In questo contesto la cabina di regia del Piano è affidata ai Comuni che hanno la responsabilità di adottare uno stile di governo non tanto di **gouvernement** (gestione amministrativa di adempimenti e atti formalmente rilevanti secondo lo schema dei decisori centrali), quanto piuttosto quello della **governance** (regia e coordinamento di una pluralità di gruppi e istituzioni interdipendenti secondo lo schema degli attori locali).

Agire in una logica di governance ha voluto dire acquisire una metodologia concertativa finalizzata ad un processo condiviso di costruzione collettiva del Piano.

Un Piano partecipato e negoziato.

Le fasi di costruzione del Piano sono state le seguenti:

- realizzazione da parte dell'Ufficio di Piano della base conoscitiva sui bisogni emergenti e sull'attuale offerta dei servizi e interventi;
- incontri dei tavoli di concertazione d'ambito;
- incontri dei tavoli di co-progettazione per area tematica (minori, famiglie, disabili, anziani, immigrati, salute mentale, dipendenze, contrasto alla violenza, contrasto alla povertà, disagio adulti);
- confronto delle proposte dell'Ufficio di Piano con il Coordinamento Istituzionale;
- analisi da parte dell'Ufficio di Piano delle indicazioni emerse dai tavoli di concertazione e di co-progettazione per area tematica, con conseguente individuazione delle priorità sociali, degli obiettivi strategici e delle risorse da investire per area tematica e per progetto;
- stesura conclusiva del Piano di Zona redatto dall'Ufficio di Piano;
- approvazione da parte dei Consigli Comunali della Convenzione.

I verbali di accordo e condivisione degli obiettivi strategici con le articolazioni della cittadinanza sociale

La scelta del Piano è stata quella di mettere al centro del nuovo sistema degli interventi e servizi sociali le responsabilità diffuse della comunità locale.

Dare ai cittadini, singoli e associati, l'opportunità di esercitare concretamente i doveri inderogabili di solidarietà sociale indicati nell'art. 2 della Costituzione.

Questa scelta di priorità nasce dalla consapevolezza che un territorio non può reggersi senza promuovere al suo interno lo spirito di comunità di chi lo vive, per permettere ai cittadini di essere gli attori di una crescita della qualità sociale complessiva dell'ambiente urbano.

Per questi motivi ci sono stati, oltre ai tavoli di concertazione, anche quelli di co-progettazione, risultati molto partecipati, i cui verbali sono allegati al Piano (vedi allegati in appendice).

Durante gli incontri di concertazione e co-progettazione sono state distribuite schede di rilevazione dei bisogni per ogni area tematica (coincidente con gli obiettivi di priorità sociale indicati nel piano sociale regionale) (vedi allegati in appendice).

Il lavoro di concertazione, le schede di rilevazione e la conoscenza dei servizi offerti nell'ambito, ha consentito di individuare punti di forza e di criticità del sistema e, conseguentemente, di programmare consapevolmente gli interventi.

Protocolli d'intesa e Regolamenti predisposti nella fase preliminare

1. **CONVENZIONE PER LA GESTIONE ASSOCIATA DELLE FUNZIONI E DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI;**
2. **REGOLAMENTO COORDINAMENTO ISTITUZIONALE;**
3. **DISCIPLINARE DI FUNZIONAMENTO DEI TAVOLI DI CONCERTAZIONE;**
4. **REGOLAMENTO DI FUNZIONAMENTO DELL'UFFICIO DI PIANO;**
5. **REGOLAMENTO UNICO PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SOCIALI E PER LA COMPARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI AI COSTI DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI;**
6. **REGOLAMENTO PER LA GESTIONE CONTABILE DEL PIANO DI ZONA;**
7. **REGOLAMENTO DELLA PORTA UNICA DI ACCESSO E DELLA UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (PUA e UVM);**
8. **PROTOCOLLO OPERATIVO A.D.I.;**
9. **REGOLAMENTO PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA;**
10. **BOZZA DI ACCORDO DI PROGRAMMA PER L' INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA;**
11. **REGOLAMENTO UNICO PER L'AFFIDAMENTO DI SERVIZI SOCIALI A SOGGETTI TERZI;**
12. **PROTOCOLLO EQUIPE PER IL CONTRASTO ALL'ABUSO E AL MALTRATTAMENTO;**

Capitolo I

ANALISI DEL CONTESTO

Caratteristiche di contesto ed evoluzione del sistema dei bisogni

Premessa

Il presente Piano di zona per la programmazione 2010/2012 si innesta e si sviluppa sul primo Piano di zona 2005/2007 “I cento passi” in maniera da dare, da un lato continuità e garanzia di consolidamento dei servizi attuati nella precedente programmazione e dall’altro si pone come strumento di sviluppo dell’offerta dei servizi stessi.

Si tratta, altresì, di un piano che, ancor di più rispetto a quello triennale in scadenza, si inserisce in un quadro normativo più chiaro, delineato dalle disposizioni regionali: la L.R. n. 19/06; il Regolamento n. 4/07; il Piano regionale sociale 2009/2011 che regolamentano e attuano procedure volte al consolidamento della rete di welfare tra Enti Locali, ASL e Terzo settore.

1.1 Caratteristiche di contesto ed evoluzione del sistema dei bisogni.

1.1.2 Contesto Territoriale e caratteristiche socio – anagrafiche della popolazione.

L’ambito Territoriale n. 4 è composto dai Comuni di: Mesagne (capofila), Latiano, Torre S. Susanna, Erchie, S. Pancrazio Salentino, Torchiarolo, S. Pietro Vernotico, S. Donaci, Cellino S. Marco tutti facenti parte della provincia di Brindisi, zona sud – est. L’ispirazione agricola ha caratterizzato tradizionalmente tutti i Comuni dell’ambito, anche se negli ultimi anni è di rilievo lo sviluppo di poli commerciali raggruppati nel territorio di Mesagne (Auchan).

L’analisi delle caratteristiche dell’evoluzione demografica della popolazione è stata impostata utilizzando i dati presenti nel Piano Regionale rifacendosi ai dati ISTAT 2007.

COMUNI	A S L	Superficie In Km ^q	Popolazione Residente ISTAT 07	Popolazio ne 0-2 anni ISTAT 07	Popolazione 0-17 anni ISTAT 07	Popolazione 18-64 anni ISTAT 07	Popolazione 65 anni e oltre ISTAT 07	Popolazione 75 anni e oltre ISTAT 07	Nuclei familiari residenti ISTAT 07	Nuclei familiari con 6 compon enti o più ISTAT 07
Cellino S.M.	BR	37,46	6.772	128	1.141	4.190	1.441	700	2.377	60
Erchie	BR	44,07	8.996	238	1.916	5.623	1.457	629	2.747	117
Latiano	BR	54,78	15.106	383	2.778	9.284	3.044	1.478	5.382	119
Mesagne	BR	122,64	27.897	627	4.593	17.765	5.539	2.660	9.556	219
San Donaci	BR	34,21	6.965	156	1.197	4.218	1.550	734	2.472	47
S. Pancrazio S.	BR	55,93	10.463	258	1.883	6.599	1.981	905	3.397	103
S. Pietro V.	BR	46,08	14.572	335	2.464	8.932	3.176	1.554	5.404	114
Torchiarolo	BR	32,18	5.104	137	1.004	3.140	960	458	1.725	37
Torre S. S.	BR	55,07	10.588	280	2.070	6.886	1.632	803	3.433	107
Totale	BR	482,42	106.463	2.582	19.046	66.637	20.780	9.921	36.483	923

Il contesto socio-economico dell’ambito presenta alcune omogeneità di fondo collegate a territori a forte vocazione agricola sui quali è intervenuto uno sviluppo industriale, introdotto dall’arrivo di nuovi insediamenti scarsi e comunque prevalentemente collegati alla trasformazione dei prodotti locali, e dallo sviluppo del settore industriale. Tali novità, distribuite nel tempo e poco incidenti non sono riuscite a modificare l’assetto economico del territorio che rimane contraddistinto da un mercato del lavoro asfittico ed inadeguato. Il tasso di disoccupazione si aggira intorno al 33%.

L’agricoltura, che rimane asse portante del sistema economico locale, potenzialmente favorita dalle condizioni climatiche per il conseguimento di produzioni di qualità, è penalizzata da alcuni limiti specifici

quali: la scarsa disponibilità di risorse idriche, la presenza di una struttura aziendale polverizzata, un basso livello di integrazione agro-industriale, una struttura commerciale inadeguata e limitata da carenze infrastrutturali nel settore trasporti.

Notevole invece è lo sviluppo del terzo settore, in linea con la tendenza riscontrabile nell'ultimo decennio nell'intera provincia di Brindisi nella quale insiste il nostro Ambito (incremento provinciale negli ultimi dieci anni del 38% passando da 16.784 unità a 23.186 unità). Sono, pertanto, aumentati gli addetti, ossia le persone occupate a vario titolo (a tempo pieno o parziale, o con contratto di formazione e lavoro) nel grande settore economico dei servizi, sia tradizionali che innovativi, che comprendono il commercio, i trasporti, le comunicazioni, il turismo, i crediti, le assicurazioni e le libere professioni.

Rispetto alle caratteristiche strutturali della popolazione dell'ambito (**106.463** abitanti), l'universo statistico ad essa attribuibile si distingue in 48% uomini e 52% donne; i nuclei familiari registrati sono **36.483**, con un numero medio di componenti pari a **2,9**.

Da un confronto dei dati relativi al sesso della popolazione residente nell'ambito, si può evincere che al crescere dell'età la popolazione femminile prevale su quella maschile in particolar modo nelle classi di età più elevate: questo dato dovrà essere correlato successivamente al fenomeno degli anziani soli e a quanto questa condizione di isolamento riguardi in modo prevalente le donne anziane sole.

La componente della "popolazione attiva" risulta superiore rispetto alla popolazione anziana e a quella giovanile, con un valore pari a 67%. Ad ogni modo, vi è un *Indice di Dipendenza o di Carico Sociale* comunque considerevole, poiché sulla popolazione attiva (pari al 67% dell'intera popolazione dell'ambito) insiste un indice di disoccupazione pari a 33%, con delle differenziazioni comunali.

Per ciò che concerne la popolazione immigrata, sul territorio dell'ambito n° 4, non si riscontrano percentuali rilevanti. La presenza di immigrati regolarizzati rispetto alla popolazione nativa è pari all'1,2% con una leggera prevalenza del sesso maschile rispetto a quello femminile (n°1.327 immigrati, di cui 717 uomini e 610 donne). Si registra la presenza di n° 199 minori tra la popolazione immigrata. Se l'entità della presenza sopra riportata rimanda a sostenibili integrazioni con la popolazione autoctona, rimane persistente la necessità di salvaguardare la loro qualità di vita.

I dati fin qui riportati sono utili per riflettere sulle caratteristiche della popolazione, considerazioni di cui i servizi non possono non tener conto nell'attuazione di politiche sociali che rispondano ai requisiti di efficacia e di adeguatezza.

1.1.3 Contesto dei servizi ed evoluzione dei bisogni

AREA ANZIANI

L'area anziani è quella che risulta più strutturata ed i cui servizi si possono ormai definire consolidati e integrati.

Nel Piano di Zona 2005/2007 erano stati programmati i seguenti servizi:

- ADI anziani;
- ADT anziani (SAD);
- Telesoccorso e Teleassistenza;
- (assegno di cura);

tutti espletati e ancora in corso di erogazione e come si evince, sono tutti servizi domiciliari e il bisogno emergente permane sempre quello dell'intervento a domicilio.

Il Servizio Sociale Professionale è trasversale ai vari servizi specialistici, svolge uno specifico ruolo nei processi di pianificazione e coordinamento della rete dei servizi sociali e socio-sanitari; assume un ruolo di interventi professionali proprio ed eroga prestazioni di informazione, consulenza e aiuto professionale.

Non tutti i Comuni dell'Ambito, purtroppo, dispongono di tale servizio, pertanto con il 2° Piano di Zona si vuole garantire il potenziamento di tali figure professionali e quindi l'offerta del servizio di cui sopra in tutti i Comuni dell'Ambito.-

La compartecipazione al costo del servizio avviene praticamente ovunque mediante la valutazione dell'ISEE e, quindi, si registra una uniformità nel trattamento degli anziani residenti, grazie al **regolamento unico per l'accesso ai servizi** già adottato con il primo Piano di Zona 2005/2007.

Nonostante la presenza dei servizi domiciliari, il bisogno risulta ancora NON soddisfatto come si evince dalla tabella sottostante:

ADI – Anziani		SAD(ADT – Anziani)		ASSEGNO DI CURA		BUONI CLIMATIZZATORI	
INSERITI	RICHIESTI	INSERITI	RICHIESTI	INSERITI	RICHIESTI	INSERITI	RICHIESTI
69	450	80	630	71	2.185	15	45

AREA DISABILI

I Comuni dell'ambito garantiscono in maniera pressoché generalizzata i seguenti servizi:

- ❖ **SERVIZI DIURNI E RESIDENZIALI:** rette per centri diurni disabili; Centri socio – riabilitativi.
- ❖ **TRASPORTO SOCIALE:** trasporti quotidiani presso servizi diurni e presso le strutture Riabilitative.
- ❖ **INTEGRAZIONE SCOLASTICA:** Assistenza all'autonomia, vale a dire assistenza a persone presso le scuole dell'infanzia e alle scuole secondarie di II grado; trasporto scolastico per disabili presso le scuole dell'infanzia e secondarie di II grado. Questo servizio risulta essere quello emergente – urgente – indispensabile. Ai sensi della legge 104/92, al fine di garantire alle persone in situazione di handicap il diritto all'educazione scolastica nelle forme di apprendimento, comunicazione, autonomia e socializzazione, tutti i Comuni forniscono il servizio di assistenza ad personam nelle scuole di ogni ordine.

COMUNI	ALUNNI ASSISTITI
Cellino San Marco	2
Erchie	13
Latiano	26
Mesagne	8
San Donaci	0
S. Pancrazio Salentino	7
S. Pietro Vernotico	12
Torchiarolo	5
Torre Santa Susanna	9

Rispetto al rapporto tra entrate e spese la suddivisione media dell'ambito è la seguente:

90% circa di spesa a carico dei Comuni

10% di spesa a carico dei fondi del PDZ 2005/2007.

Il dato dimostra che la programmazione del DPZ 2010/2012 si orienterà in buona parte sui predetti servizi, oltre che a confermare i servizi a valenza di ambito quali **ADI disabili e ADT disabili**: servizi assistenziali e/o di sostegno alla famiglia con carattere di domiciliarità.
Si riportano i dati attuali:

ADI disabili e ADT disabili

COMUNI	UTENTI PRESI IN CARICO	
	<i>A.D.I.</i>	<i>A.D.T.</i>
Cellino San Marco	3	6
Erchie	4	2
Latiano	18	3
Mesagne	12	6
San Donaci	8	5
S. Pancrazio Salentino	10	2
S. Pietro Vernotico	8	1
Torchiarolo	0	1
Torre Santa Susanna	6	4
Totale	69	30

ASSEGNO DI CURA

COMUNI	RICHIESTE	INSERIMENTI
Cellino San Marco	208	4
Erchie	134	4
Latiano	350	7
Mesagne	414	15
San Donaci	159	8
S. Pancrazio Salentino	197	0
S. Pietro Vernotico	302	13
Torchiarolo	129	5
Torre Santa Susanna	292	15
Totale	2.185	71

Dai prospetti sopra riportati si evidenzia che i servizi domiciliari sono assicurati, ma nettamente insufficiente rispetto alla domanda.

Con il presente nuovo piano di Zona, ci si propone di raggiungere i target regionali, e, se possibile, oltrepassarli, nell'ottica di rendere la vita sociale e sanitaria dei cittadini facenti parte dell'Ambito territoriale n. 4 sempre più "vivibile", e ridurre o ancora meglio, evitare, l'inserimento in strutture protette.-

AREA MINORI E FAMIGLIE

L'area minori e famiglie rappresenta in termini numerici l'area con popolazione più numerosa: gli abitanti con età compresa fra 0 e 64 anni sono l'80,48. % della popolazione.

Non possiamo disconoscere la crisi valoriale della famiglia che spesso è strettamente connessa ad un impoverimento culturale e non ultimo economico; dall'altro il fenomeno sempre più emergente di divorzi e separazioni aumenta le situazioni di nuove povertà in cui sono coinvolte soprattutto donne e minori.

L'area di popolazione giovanile (15 – 19 anni) non può che risentire di questa fragilità del mondo adulto e di conseguenza non può che essere interessata sempre più da problematiche di tossicodipendenza – bullismo ed altro.

I servizi in atto dell'ambito sono:

- ❖ **ADT minori:** è un servizio rivolto al sostegno educativo all'interno di nuclei familiari che presentano carenze culturali – educative. Il numero dei minori affidato ai servizi sociali è rilevante e l'ADT minori si prospetta come alternativa, ove possibile, all'inserimento in strutture .

COMUNI	N.di minori affidati dal T.M.	INSERIMENTI in ADT	Inserimenti in Struttura	Altri interventi
Cellino San Marco	33	2	1	n.d.
Erchie	12	4	n.d.	n.d.
Latiano	52	6	12	n.d.
Mesagne	150	10	5	n.d.
San Donaci	25	3	n.d.	n.d.
S. Pancrazio Salentino	21	5	1	87
S. Pietro Vernotico	31	6	n.d.	n.d.
Torchiarolo	18	4	3	n.d.
Torre Santa Susanna	61	4	9	n.d.
Totale	370	44	30	87

I dati dimostrano che è ancora lunga la strada da percorrere per arrivare al soddisfacimento della richiesta, dato che è ancora alto il numero dei minori inseriti in case famiglia.

- ❖ **centro risorse per la famiglia:** ne sono stati attivati due per esito della programmazione del primo PdZ, l'uno per l'area nord (Mesagne, Latiano, Erchie, Torre S. Susanna), e l'altro per l'area sud (S. Pancrazio S., Cellino San Marco, San Pietro Vernotico, Torchiarolo San Donaci.ecc.) e rappresentano per le famiglie o i singoli una opportunità di ascolto attraverso le figure professionali di mediatore familiare, psicologo, l'assistente sociale ed educatori. I centri sono aperti tutti i giorni e la segnalazione della presa in carico è effettuata dai singoli servizi sociali comunali.
- ❖ I seguenti servizi, previsti nella prima progettazione del 1° P.d.Z., risultano in fase di attivazione:

- Equipe abuso e maltrattamento;
 - Equipe integrata per l'adozione;
 - Centro diurno socio – educativo per minori.
- ❖ **contributo prima casa:** la casa rimane una preminente necessità per le giovani coppie e le future famiglie. L'edilizia residenziale pubblica è in stallo e non si prevedono nuove costruzioni sull'intero territorio dell'ambito; il fondo locazione di cui alla legge 431/98 non soddisfa le domande, così come non è stato soddisfacente nemmeno il contributo prima casa di cui alla precedente programmazione 2005/2007, perché i requisiti per l'accesso erano troppo restrittivi.
- ❖ **assegno prima dote:** ha creato una serie di aspettative tali da far pervenire un numero di istanze che non sono state soddisfatte. Il bisogno di servizi per la prima infanzia è in crescita e le strutture presenti sul territorio non sono sufficienti

COMUNI	Minori 0 – 36 mesi (al 31/12/2007)	Nuclei familiari con minori 0 – 36 mesi (al 31/12/2007)
Cellino San Marco	173	134
Erchie	244	230
Latiano	371	365
Mesagne	261	214
San Donaci	159	159
S. Pancrazio Salentino	364	232
S. Pietro Vernotico	463	400
Torchiarolo	137	137
Torre Santa Susanna	280	260

COMUNI	ASILO NIDO COMUNALE		ASILO NIDO PRIVATO		LISTA D'ATTESA
	INSERIMENTI	LISTA D'ATTESA		INSERIMENTI	
Cellino San Marco	0	0	Struttura autorizzata Non convenzionata	0	0
Erchie	0	0	Non convenzionata	19	
Latiano	0	0	Nr. 2 Strutture autorizzate Non convenzionate	41	0
Mesagne	69	20	Nr. 3 Strutture autorizzate Convenzionate	103	0

San Donaci	0	0	Non convenzionata	5	
S. Pancrazio Salentino	15	0	Struttura autorizzata Non Convenzionata	15	
S. Pietro Vernotico	0	0	Struttura autorizzata Non convenzionata	30	
Torchiarolo	0	0	Non Convenzionata	16	
Torre Santa Susanna	35	0	Struttura autorizzata Non Convenzionata		

- ❖ **inserimenti lavorativi tramite borse lavoro:** la crisi economica è largamente sentita sul territorio e le limitate offerte di lavoro aumentano il disagio sociale e la povertà. Alcuni Comuni hanno sperimentato l'inserimento lavorativo protetto presso aziende locali che istituzioni pubbliche che si è rivelato un servizio capace di dare dignità alla persona e alla famiglia.-

AREA IMMIGRATI

Nell'ambito insistono n. 2 sportelli immigrati , l'uno con sede nel Comune capofila per la popolazione dell'area nord (Mesagne, Latiano, Torre S. S. Erchie) e l'altro con sede a San Pietro Vernotico, per la popolazione dell'area sud (San Pancrazio S., Cellino San Marco, San Pietro Vernotico, Torchiarolo San Donaci). Entrambi gli sportelli nascono dalla programmazione del piano di zona in scadenza e i servizi sono gestiti da un mediatore culturale e da un operatore culturale, opportunamente selezionati. Gli sportelli si occupano delle pratiche riguardanti i ricongiungimenti familiari, il rilascio o il rinnovo dei permessi di soggiorno e della carta di soggiorno e, in più generale, orientano i cittadini stranieri ai servizi in funzione di eventuali ulteriori bisogni espressi.

Con la presente programmazione ci si propone di confermare e consolidare il servizio.

AREA DIPENDENZE E SALUTE MENTALE

Tale area si articola in una vasta gamma di situazioni difficilmente disponibili in modo univoco, spesso complesse, associate a condizioni di povertà economica, di insicurezza sociale, di scarse relazioni significative e di dipendenza da sostanze che talvolta evolvono in condizioni di grave emarginazione sociale. Fronteggiare i bisogni espressi da questa categoria di soggetti, che qui si intende considerare come appartenenti ad un'unica area , pur avendo presenti specificità delle diverse condizioni , significa utilizzare una metodologia di intervento sociale che promuova e prevenga le capacità del singolo con l'obiettivo di sostenere il percorso di emancipazione. In particolar modo con i servizi sanitari del SERT e del CIM si attiveranno inserimenti lavorativi protetti.-

WELFARE D'ACCESSO

Nonostante nella precedente programmazione si sia adottato il regolamento per la PUA, ancora oggi l'accesso passa attraverso il servizio sociale professionale che svolge anche funzioni di segretariato sociale. Le prestazioni, socio-sanitarie, però vengono concordate in UVM con sede presso il Distretto della ASL BR. I riferimenti normativi dettati dalla legislazione regionale, gli obiettivi ed i programmi dell'osservatorio provinciale, l'aumento dei bisogni in tutte le aree dei servizi sociali, IMPONGONO un maggiore investimento in detta area.

II SISTEMA DI OFFERTA DEI SERVIZI: PUNTI DI FORZA E CRITICITA'

Le parole d'ordine che hanno accompagnato la realizzazione di questo lavoro, come intende la legge 328/00, sono state *“programmazione, integrazione e collaborazione”*.

Questo percorso è iniziato già con il primo Piano di Zona e certamente non è stato un percorso semplice, dovendosi cimentare con un nuovo modo di lavorare, passando, cioè, da una logica gestionale autonoma dell'esistente limitato alle realtà di ogni singolo comune realizzando interventi e servizi frazionati e parcellizzati ad una logica di programmazione partecipata.

Programmare gli interventi sociali del territorio (composto da vari Comuni) fa parte ormai della prassi istituzionale ed operativa dei servizi degli Enti e degli organismi del III settore.

Questo modo di agire ha stimolato “l'abitudine a programmare”, prassi questa estranea a molti comuni, ossia ha aiutato a far crescere i servizi ed ha incentivato prassi operative più legate ai bisogni e alle domande dell'intero territorio.

STRATEGICITA' DELL'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI E SANITARI

In quest'ottica, l'integrazione diventa fondamento perché permette di vedere le politiche sociali non come interventi assistenziali, ma come uno dei cardini dello sviluppo delle politiche cittadine, tra cui quelle sanitarie, abitative, della scuola, della sicurezza, della formazione e del lavoro, della multietnicità. L'integrazione è la formula per migliorare e razionalizzare i servizi territoriali per renderli più efficienti ed efficaci in una logica di centralità della persona.

Non da ultimo, l'integrazione con il Terzo settore è la leva per la razionalizzazione di una rete di servizi ampia, capillare, in grado di leggere le esigenze del cittadino e di rendere servizi meno operosi e più rispondenti ai bisogni dello stesso.

Un altro punto di forza è la **domiciliarità** della maggior parte degli interventi e servizi previsti nel Piano sociale di Zona.

Il persistere di numerose richieste di inserimento in struttura, forse legato anche alla presenza di numerose strutture per anziani nel territorio, ha ipotizzato la necessità di sviluppare una cultura della domiciliarità, attraverso una corretta informazione. Si sono implementati l'organizzazione ed un'offerta di servizi adeguata da un punto di vista qualitativo (cioè differenziata e flessibile) e quantitativo, sulla base di una attenta valutazione e monitoraggio dei bisogni e della domanda espressa dal territorio; pur sottolineando la frammentazione dei servizi socio-sanitari titolari delle prestazioni a sostegno della domiciliarità, nonostante il progressivo incremento delle risorse e delle attività domiciliari in dotazione agli Enti, la loro ancora eccessiva burocratizzazione e la mancanza di un coordinamento efficace tra gli stessi. Tali elementi paiono particolarmente problematici nella fase di accesso ai servizi e le difficoltà legate alla frammentazione delle risposte, alle carenze informative, alla pluralità di sportelli e di soggetti coinvolti ma non coordinati, paiono in alcune situazioni addirittura pregiudizievoli rispetto alla possibilità di accedere ai servizi domiciliari. In altre situazioni maggiormente “adeguate” a far fronte alle esigenze dei servizi, sono le famiglie che cercano di “integrare” fra loro risorse, informazioni ed interventi. A fronte dello scenario evidenziato, si ritiene che uno dei principali nodi strategici per operare un miglioramento dell'assetto dei servizi rivolti alla

domiciliarità, sia la promozione di una reale integrazione della rete dei servizi socio-sanitari deputati alla valutazione multidisciplinare del bisogno di cure domiciliari ed alla progettazione, attivazione e monitoraggio degli interventi operanti .

L'attuale situazione organizzativa dei servizi cerca di effettuare una corretta valutazione integrata, multidisciplinare e multidimensionale del bisogno di cure domiciliari, a fronte di una dimensione problematica complessa e per definizione socio-sanitaria legata alla perdita di autonomia delle persone. La lettura integrata e condivisa del bisogno assistenziale delle persone è il presupposto per poter fornire cure appropriate da parte del medico di famiglia e di altri operatori dei servizi territoriali ed ospedalieri e delle associazioni di volontariato secondo le necessità rilevate. Tale organizzazione deve rispondere a criteri di flessibilità, semplicità di accesso, tempestività della risposta, integrazione socio-sanitaria, centralità della persona e della famiglia

L'altra parola chiave, collaborazione , ha visto un notevole esprimersi dal contributo dato dal Terzo settore, dalle istituzioni pubbliche, dai servizi del Ministero di Grazia e Giustizia e dalle organizzazioni Sindacali . Tutti hanno dato il proprio contributo, attivando la necessaria riflessività, confrontandosi e arricchendo le idee progettuali cercando di individuare percorsi di lavoro che prefigurano la rete di servizi e del welfare locale .

Naturalmente il processo di programmazione, integrazione e collaborazione ravvisa alcune criticità così definibili:

- difficoltà di lettura dei bisogni emergenti vista la varietà degli stessi anche in considerazione dell'esteso territorio di questo ambito;
- la scarsa rispondenza tra i bisogni attuali e quelli rilevati nel piano sociale di zona e riferiti al triennio precedente;
- la difficoltà di lettura degli strumenti messi a disposizione dalla Regione Puglia e della relativa normativa per la scarsa rispondenza alla realtà territoriale .

Lo stato di attuazione del primo Piano Sociale di Zona: punti di forza del sistema integrato e carenze da colmare.

Premesso che nell'anno 2005 ,così come previsto dal piano sociale regionale ,si è costituito l'ambito territoriale N°4 (formato da nove comuni con Mesagne comune capofila) e l'ASL che ha programmato,progettato ed attivato ,secondo le modalità ed i criteri previsti dal suddetto piano sociale, il 1° piano di zona. Le prime due fasi e cioè la programmazione e la progettazione è stata condivisa e partecipata con tutto il terzo settore, le istituzioni pubbliche e le organizzazioni sindacali. L'ufficio di piano con gli indirizzi del coordinamento istituzionale ha attivato quasi la totalità dei servizi ed interventi, presenti nelle aree prioritarie previste nel 1° piano di zona . Il lavoro è stato svolto nell'ottica di dover realizzare un sistema integrato sul territorio, individuando nell'area dell'integrazione socio-sanitaria uno dei settori chiave del processo di riorganizzazione del sistema locale dei servizi alla persona. Alla luce di ciò si è cercato di garantire soprattutto quelli che sono i servizi e/o interventi prioritari, in favore delle fasce più deboli.

Infine è da evidenziare che il lavoro è stato arduo e complesso per le procedure necessarie per la realizzazione dei servizi e/o interventi, ma soprattutto per la gestione degli stessi sia quelli gestiti in economia che quelli affidati a terzi.

Tutti coloro che hanno lavorato nell'ambito territoriale a tutti i livelli (politici e tecnici) hanno contribuito con un grande impegno ed un alto senso di responsabilità a realizzare sul nostro territorio di ambito una rete di servizi socio-sanitari che hanno soddisfatto anche se non al 100% i bisogni e le esigenze delle fasce più deboli , tenendo presenti e dando priorità ai servizi ed interventi in favore dei soggetti più a rischio (anziani, disabili e minori).

Dopo questa breve premessa s'intende illustrare quanto è stato realizzato nel 1° piano di zona:

Area responsabilità Familiare :

Contributo 1° casa; con il primo bando erogato a N°6 famiglie

Assegno della prima dote erogato a N° 108 famiglie

Contributo natalità erogato a N° 15 famiglie;

CENTRO PER LA FAMIGLIA:

Il servizio è stato attivato dal 1/06/09 con due centri per la famiglia uno con sede a Mesagne e l'altro a S. Pietro Vernotico .Nella prima fase dell'avvio gli operatori hanno svolto una prima informazione e divulgazione mediante affissione di locandine e distribuzioni di brochure ed incontri con parrocchie,farmacie, studi medici ecc.

Il servizio si svolge tutti i giorni della settimana in orari diversi sia nelle ore antimeridiane che pomeridiane.

Le principali attività sono: la mediazione familiare, sostegno alla genitorialità,, consulenza psicologica, legale ecc.

Il servizio ha la durata di due anni e sino ad oggi hanno usufruito N° 19 nuclei familiari

Area minori :

l'equipe per l'abuso ed il maltrattamento, equipe per l'affido e l'adozione è stato già individuato il personale qualificato e sono stati predisposti i due protocolli operativi tra i servizi sociali dei nove comuni e l'ASL. Nel contempo si sono costituite le due equipe che operano nelle sedi operative dei Consultori familiari dell'ASL, in collaborazione con i servizi sociali dei nove comuni dell'ambito, che segnalano i casi; (i fruitori sono circa N° 50)

Il servizio ha la durata di due anni.

Il servizio dell'assistenza domiciliare territoriale in favore dei minori è stato avviato in data 19/10/09 ha la durata di due anni , il numero dei minori presi in carico ad oggi sono N° 46

Le finalità del servizio consistono nel tutelare e salvaguardare lo sviluppo della personalità del minore, operando nel contesto familiare, al fine di evitare la istituzionalizzazione del minore.

I centri diurni socio –educativi non sono stati avviati e si è ritenuto trasferire le somme ai servizi che si sono rilevati prioritari (ADI anziani e disabili, ADT- SAD anziani,disabili e minori.

Contrasto all'abuso e maltrattamento- informazione sensibilizzazione e accoglienza:

è un servizio che non è stato attivato, ma si ritiene che lo stesso possa essere realizzato con il 2° piano di zona;

Area disabili :

Il Servizio ADI (assistenza domiciliare integrata),è stato avviato in data 21/05/07 ed è stata sempre garantita la continuità , il numero degli utenti ad oggi fruitori del servizio sono N°69. (compresi gli anziani non autosufficienti)

Le attività svolte sono state: interventi socio-sanitari in favore dei disabili.

Il servizio dell'assistenza domiciliare territoriale : il servizio si sta espletando in tutti i comuni dell'ambito. Il servizio ha avuto inizio in data 1/12/08 ha durata di due anni il numero degli utenti ad oggi sono N°30

le attività svolte sono : interventi socio-assistenziali sia in favore dei disabili che delle loro famiglie , al fine di evitare la istituzionalizzazione;

centro diurno socio-riabilitativo tramite un protocollo d'intesa tra un centro socio-riabilitativo (Villa Cavaliere) e l'ambito è stato garantito una quota delle rette spettanti ai Comuni dell'ambito mentre l'altra parte della quota è stata garantita dall'ASL; il numero dei fruitori è : 12

Il servizio dell'integrazione scolastica è un servizio che continua ad essere garantito dai singoli comuni , i fruitori sono N° 54 così come il trasporto sociale il numero dei fruitori sono N° 52; le risorse regionali sono infatti distribuite ai singoli comuni. Il coordinamento istituzionale ha deliberato che

gran parte delle risorse relative alla premialità venissero date ai comuni per far fronte alle spese dell'integrazione scolastica delle scuole dell'obbligo.

Inoltre l'ambito ha aderito al progetto dell'area vasta proponendo la realizzazione di due infrastrutture del dopo di noi .

Inserimento lavorativo è un servizio che viene espletato dai singoli comuni ,si precisa che il servizio è orientamento ed informazione circa le possibilità di inserimento lavorativo che viene erogato a tutti i cittadini disabili presenti sul territorio un comune ha ,invece avviato un inserimento lavorativo. Ha la durata di due anni

Area Anziani:

il servizio assistenza domiciliare integrata anziani è stato avviato in data 21/05/2007, il numero degli utenti che usufruiscono alla data odierna sono :N°69 (disabili ed anziani)Il servizio viene erogato per la maggior parte in forma gratuita . Lo stesso ha la durata di due anni, mail coordinamento Istituzionale ha stabilito che il servizio abbia la continuità anche negli anni successivi , infatti è garantito.

Assistenza domiciliare territoriale è un servizio, che è stato attivato a dicembre del 2008 si sta espletando in tutti comuni dell'ambito il numero degli utenti ad oggi è N° 50

Assegno di cura il numero delle istanze sono state 2548 chi ne ha usufruito sono N°71 La durata è stata di 1 anno

Il servizio di telesoccorso e teleassistenza non è stato ancora avviato ,perchè è in atto il procedimento di gara ancora non concluso.

Area Azioni trasversali e di sistema :

L'Ambito territoriale n°4 nell'attivare i servizi sopracitati ha ritenuto di predisporre protocolli operativi con l'ASL considerata la tipologia dei servizi che sono socio-sanitari , quindi sono stati attivati l'UVM e la PUA anche se quest'ultima è in fase di sperimentazione.

L'UVM è un servizio che viene svolto dall'ASL è attivo e i comuni dell'ambito collaborano con l'UVM nel seguente modo : Il segretariato sociale di ogni comune nell'attivare il servizio ADI (per il quale è stato prodotto un regolamento ed un protocollo operativo con l'ASL) dopo aver ricevuto la richiesta da parte dell'utente , sottopone la stessa all'UVM che esprime parere favorevole e/o sfavorevole al percorso ADI. (beneficiari N° 69 (anziani e disabili)

Altro intervento è quello dell'esame delle richieste di ricovero in strutture protette di anziani non autosufficienti e disabili gravi;

Quindi attenendosi a quanto indicato nell'allegato 1C del DPCM 29/11/01 dove vengono elencate quelle che sono le prestazioni socio-sanitarie a gestione integrata e partecipata (Assistenza domiciliare,assistenza semi-residenziale assistenza residenziale in favore di anziani e disabili) l'ambito ha anche attivato il servizio PUA così schematizzato :

1° livello la cui sede è ubicata nei singoli comuni che svolge il seguente servizio:

servizio di segretariato sociale e sportello alla cittadinanza (Front office) per il quale sono state individuate due figure N° 1 Assistente sociale e N° 1 istruttore polifunzionale;

Il servizio che viene svolto è quello di :

- a) informazione e diffusione di notizie a carattere generale
- a) raccolta della domanda avanzata dal cittadino; (è stato predisposto apposito modulo)
- b) Istruttoria di istanza per l'accesso alle prestazioni di competenza dei servizi socio-assistenziali dell'ente;
- c) Azioni di orientamento ed accompagnamento per l'attivazione delle risorse esistenti per il soddisfacimento del bisogno espresso dal cittadino;

Allo stato attuale viene svolto questo servizio (front-office) e solo in parte viene svolto l'attività di back office che riguarda azioni di monitoraggio e valutazione con aggiornamento periodico (monitoraggio della domanda , monitoraggio e ricerca del sistema locale di offerta dei vari servizi ed informazione continua su normative, risorse esistenti ed opportunità di intervento).

Nel contempo si stanno dotando gli uffici dei servizi sociali,(dove è attivato il 1° livello operativo della PUA) di un sistema informativo (schede, mappe servizi, raccolta dati) e telematico che si andrà ad integrare con la PUA di 2° livello.

Il secondo livello operativo centrale (la PUA di 2° livello) è già esistente ed è ubicata presso il distretto socio-sanitario, rappresenta la sede dove viene definito il progetto socio-sanitario personalizzato e della presa incarico integrata del cittadino/utente,sulla base delle richieste di prestazioni socio-sanitarie compartecipate provenienti dagli sportelli operativi di 1° livello.

Tale progetto viene effettuato da un team multiprofessionale denominata UVM (unità di valutazione multidisciplinari)in grado di leggere le esigenze dei pazienti con i bisogni sanitari e sociali complessi L'UVM è coordinata da un medico nominato dal Direttore del Distretto e da un'assistente sociale dei ogni comune dell'ambito, che assicurano univocità di valutazione .Tale composizione minima è integrata da altre figure professionali idonee alla valutazione del caso (es. geriatra, specialista di discipline della salute mentale ecc.).

Alla data odierna è in atto una gara per l'acquisto delle attrezzature e strumenti necessari per un migliore servizio ai cittadini., che metterà in collegamento i nove comuni con l'ASL che ha garantito un software.

Piano di comunicazione sociale : E' attivo il sito web dell'ambito territoriale N°4

Il Servizio sociale professionale : allo stato attuale viene svolto dai servizi sociali dei singoli comuni ;

Il contrasto alla povertà che consiste nell'erogazione di contributi economici viene gestito da ogni singolo comune dell'ambito. Il numero dei fruitori in tutto l'ambito è di N° 663

Sportello immigrati :

N°2 lo sportelli immigrati : Sono stati attivati due sportelli in favore degli immigrati con sede a Mesagne.(il cui servizio è erogato ai comuni di Latiano Torre S.S. ,Erchie) ed a San Pietro Vernotico (il cui servizio è erogato ai comuni di : Sandonaci,Torchiarolo, San Pancrazio , Cellino San Marco)

Il suddetto servizio è stato attivato in data 2/03/09 ed è aperto in tutti i giorni della settimana in ore antimeridiane e pomeridiane in orari diversi . La durata del servizio è di due anni.

Le attività svolte sono informazioni ed assistenza agli immigrati mediante segretariato sociale al fine di agevolare le condizioni esistenziali degli immigrati

Il numero dei fruitori è di : 290 di cui 140 (sportello del Comune di Mesagne) e 150 (sportello Comune di San Pietro).

Area dipendenze:

Centro ascolto per i soggetti tossicodipendenti : non attivato

Inserimento lavorativo : è stata espletata la gara ; pertanto è prossimo l'avvio del servizio;

Salute mentale:

Inserimento lavorativo è un servizio che viene svolto da ogni singolo comune il numero dei fruitori di tutto l'ambito è N° 23.

ATTESTAZIONE SPESA SOCIALE MEDIA DI AMBITO PRO-CAPITE DEL TRIENNIO 2006 - 2008

AMBITO DI MESAGNE

COMUNI DELL'AMBITO	POPOLAZIONE MEDIA 2006 - 2008	TOTALE 2006 - 2008	MEDIA 2006 - 2008	SPESA PROCAPITE 06-08
Comune di Cellino San Marco	6.770	€ 954.095,28	€ 318.031,76	€ 46,98
Comune di Erchie	8.996	€ 1.333.314,00	€ 444.438,00	€ 49,40
Comune di Latiano	15.472	€ 2.056.336,44	€ 685.445,48	€ 44,30
Comune di Mesagne	27.872	€ 4.904.774,00	€ 1.634.924,67	€ 58,66
Comune di Sandonaci	7.031	€ 655.671,90	€ 218.557,30	€ 31,08
Comune di San Pancrazio Sal.	10.448	€ 1.594.294,12	€ 531.431,37	€ 50,86
Comune di San Pietro Vernotico	14.602	€ 1.384.659,63	€ 461.553,21	€ 31,61
Comune di Torchiarolo	5.084	€ 501.168,33	€ 167.056,11	€ 32,86
Comune di Torre Santa Susanna	10.580	€ 1.501.478,08	€ 500.492,69	€ 47,31
TOTALE AMBITO	106.855	€ 14.885.791,78	€ 4.961.930,59	€ 46,44

QUADRO RIASSUNTIVO DEI SERVIZI ATTIVATI

PIANO DI ZONA 2005 – 2008

AREA	SERVIZI ATTIVATI
RESPONSABILITA' FAMILIARI	Contributo I° Casa
	Assegno Prima Dote
	Contributo per Natalità
	Nr. 2 Centri per la Famiglia
MINORI	Equipe Abuso e Maltrattamento
	Equipe Affidato e Adozione
	ADT
DISABILI	ADI
	ADT
	Centro Diurno socio-riabilitativo
	Integrazione Scolastica
	Inserimento Lavorativo protetto
ANZIANI	ADI
	ADT
	Assegno di Cura
AZIONI TRASVERSALI E DI SISTEMA	UVM
	PUA
	Attivazione sito web dell'Ambito nr. 4
	Servizio Sociale Professionale
IMMIGRATI	Attivati nr. 2 Sportelli di informazione per Immigrati
DIPENDENZE	Inserimenti Lavorativi
SALUTE MENTALE	Inserimenti Lavorativi

Capitolo II

LE PRIORITA' STRATEGICHE E GLI OBIETTIVI DI SERVIZIO DEL PIANO

Le priorità strategiche per politiche di intervento

La definizione degli obiettivi strategici, intesi come priorità di lavoro che si intendono attuare con il presente Piano di Zona, sono il risultato di una analisi comparata da elementi e fattori elaborati dall'Ufficio di Piano e condivisi anche in sede di co-progettazione nelle diverse aree tematiche:

- bisogni, risorse e problemi tratti dalle fonti documentali dei servizi sociali dei Comuni, dell'Ambito e dell'ASL BR;
- aspetti organizzativi, istituzionali, gestionali e professionali presenti nelle predette istituzioni.

Nel rispetto di quanto stabilito dal Piano Sociale Regionale, sono stati individuati i temi strategici per il soddisfacimento delle aspettative della comunità riguardo l'offerta del sistema integrato di **WELFARE**, garantendo la continuità con il percorso di programmazione sociale intrapreso nel precedente Piano di Zona. Si prevede, pertanto, il consolidamento ed il potenziamento di diversificate tipologie di servizi e prestazioni e cioè:

- ❖ **WELFARE D'ACCESSO**, articolato con la presenza sui territori dei singoli comuni dell'ambito del sistema di Servizio Sociale Professionale , Servizio di Segretariato Sociale , PUA e UVM;
- ❖ **SERVIZI DOMICILIARI**, di tipo educativo e socio assistenziale ed integrato;
- ❖ **SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO**;
- ❖ **MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI**;
- ❖ **INCLUSIONE SOCIALE**

Le aree prioritarie d'intervento sono quelle definite dal Piano Sociale Regionale

1. Famiglie
2. Minori;
3. Anziani;
4. Disabili
5. Povertà e disagio adulti
6. Contrasto alla violenza
7. Dipendenze
8. Salute mentale
9. Immigrazione
10. Welfare di accesso
11. Funzionamento dell'ufficio di piano

Gli obiettivi di servizio del Piano di zona per ambito di intervento

FAMIGLIE

L'obiettivo strategico è quello di attuare nel territorio dell'Ambito n. 4 ciò che la Regione Puglia, in materia di sostegno alle responsabilità familiari, ha trattato diffusamente negli ultimi anni con:

- I. il Piano di azione "Famiglie al futuro" di cui alla Del. G.R. n.1818 del 31 ottobre 2007;
- II. il "Programma triennale di interventi 2009-2011 per prevenire e contrastare il fenomeno della violenza contro le donne" di cui alla Del. G.R. n.2227 del 18 novembre 2008;
- III. l'approvazione delle Linee Guida e i Progetti Sperimentali per la riorganizzazione della rete consultoriale di cui alla Del. G.R. n. 405 del 17 marzo 200;
- IV. il programma sperimentale per sostenere percorsi di armonizzazione dei tempi e degli orari delle città con i tempi di cura della famiglia.

Prima di tutto però vi è il potenziamento e la uniformità dell'offerta che dovrà essere raggiunta su tutto il territorio dell'ambito dei servizi territoriali per la famiglia come di seguito dettagliato:

Obiettivo operativo	Destinatari finali	Obiettivo di servizio (indicatore)
Potenziamento e consolidamento servizio di Affidamento familiare	Minori allontanati dai nuclei familiari Nuclei familiari di origine e affidatari	n. 2 uffici affidamento-adozioni sul territorio dell'Ambito Territoriale ; n. 20 percorsi, circa, di affidamento da attivare nel triennio
Implementazione e consolidamento Servizio Adozioni	Minori in stato di adozione Nuclei familiari	n. 2 uffici affidamento-adozioni/ambito territoriale
Costruzione e consolidamento Centri di Ascolto Famiglie/ Centri Risorse Famiglie	Nuclei familiari Donne e giovani coppie	N 2 centri famiglie risorse per la famiglia, di ambito ; n. 1 centro risorse per la famiglia provinciale

MINORI

Con la presente programmazione verranno attuati gli obiettivi specifici già individuati dal Piano sociale regionale:

- 1) la realizzazione di centri diurni socio-educativi per minori diffusi sul territorio regionale al fine di accrescere l'efficacia delle politiche di prevenzione del disagio adolescenziale e nell'intercettare il rischio di disagio e devianza. Trattasi di progetto non finanziato, poichè le risorse finanziarie attualmente disponibili non risultano essere sufficienti;

- 2) il potenziamento della rete dei servizi di educativa domiciliare per intervenire attivamente e in ottica di prevenzione su fenomeni quali la dispersione scolastica, i conflitti genitori-figli, le condizioni di fragilità dei nuclei familiari, la gestione di disturbi psichici dell'età evolutiva;
- 3) la sperimentazione e la messa a regime di percorsi innovativi per la prevenzione e il contrasto di forme di bullismo nelle scuole e tra adolescenti, mediante la formalizzazione di una rete istituzionale ed operativa tra amministrazioni locali, istituzioni scolastiche, servizi della Giustizia Minorile e organizzazioni del terzo settore;
- 4) il potenziamento delle prestazioni sociali dei consultori materno-infantili, nonché della capacità di fare rete dei Consultori, dei Comuni e delle organizzazioni che gestiscono Centri Anti-Violenza, per una efficace politica di contrasto e di prevenzione di fenomeni di abuso e maltrattamento, di violenza e di tratta, segnatamente a danno di minori e di donne, sia italiane che straniere;
- 5) la sperimentazione e il potenziamento dell'offerta di servizi per il contrasto della dispersione scolastica e per l'inserimento socio lavorativo di soggetti svantaggiati (minori devianti, minori immigrati, minori con disabilità, detenuti ed ex-detenuti, minori nell'area penale esterna, persone adulte con disabilità, immigrati, donne sole con figli minori, ecc...), anche mediante percorsi integrati di formazione, tirocini formativi e lavorativi, tutoraggi individuali, misure di sostegno economico per il contrasto delle nuove povertà, che consentano la integrazione tra misure di welfare e misure di formazione e inserimento socio lavorativo finanziate con il Fondo Sociale Europeo;
- 6) il potenziamento dell'assistenza domiciliare educativa quale efficace forma di intervento a favore sia dei bisogni di crescita dei soggetti minori d'età, intorno a cui deve essere organizzata e personalizzata l'ADE, e sia per le opportunità che offre di intervenire sull'intero sistema familiare attraverso percorsi e processi condivisi, capaci, appunto, di determinare crescita e maturazione di tutti i membri del nucleo familiare. Non meno importante appare inoltre la possibilità data dall'ADE, di osservare le eventuali disfunzioni dall'interno del nucleo e dunque l'opportunità per gli operatori di poterle gestire e regolare con maggiore approfondimento e riscontro;
- 7) le attività educative, di socializzazione e di animazione destinate ai minori, devono svilupparsi ponendo particolare attenzione ai rischi di creare luoghi di esclusione e separazione sociale; in tal senso appare opportuno favorire l'utilizzo di luoghi istituzionali, come gli istituti scolastici. Il Piano di Zona prevede, a tal proposito, opportune intese tra i Comuni e le Scuole territoriali, al fine di favorire al massimo grado l'integrazione e la collaborazione istituzionale su obiettivi condivisi;
- 8) la promozione di interventi che favoriscano l'aggregazione e che facilitino il protagonismo giovanile ed i bisogni di ascolto e di espressività dei ragazzi e degli adolescenti;
- 9) il potenziamento e la messa a regime delle attività sperimentali avviate in materia di educazione alla sicurezza stradale, con la collaborazione dell'Assessorato Regionale ai Trasporti e dell'Ufficio Scolastico Regionale, finalizzata a diffondere e rafforzare la cultura della mobilità sicura e sostenibile.

Obiettivo operativo	Destinatari finali	Obiettivo di servizio (indicatore)
Consolidamento e potenziamento rete servizi di educativa domiciliare (ADE)	Nuclei familiari Minori a rischio di disagio	n. 32 nuclei presi in carico con equipe ADE/nuclei familiari residenti
Potenziamento e qualificazione servizi prima infanzia	Bambini 0-36 mesi Donne e giovani coppie	n.630 posti nido bambini 0-36 mesi

ANZIANI E DISABILI

Gli obiettivi strategici dell'area anziani e disabili sono comuni in quanto analoghi sono i servizi assistenziali a favore di persone non autosufficienti. L'obiettivo principale ha come riferimento:

- ❖ la previsione o rafforzamento di **punti unici di accesso** alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari;
- ❖ l'attivazione di **modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato** di assistenza che tenga conto sia delle prestazioni erogate dai servizi sociali che di quelle erogate dai servizi sanitari, di cui la persona non autosufficiente ha bisogno favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
- ❖ l'attivazione o il rafforzamento di **servizi socio-sanitari e socio-assistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità**, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

Queste priorità sono state assunte anche dalla Regione Puglia, con l'approvazione delle linee guida per le non autosufficienze (Del.G.R. n. 1984/2008) e sono state condivise anche con la programmazione sanitaria del Piano Regionale di Salute 2008-2010 (l.r. n. 23/2008).

Le prestazioni ed i servizi assistenziali a favore di persone non autosufficienti sono riconducibili a :

- previsione e/o rafforzamento di **punti unici di accesso** alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari;
- l'attivazione di **modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato** di assistenza che tenga conto sia delle prestazioni erogate dai servizi sociali che di quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
- l'attivazione e/o il rafforzamento di **servizi socio-sanitari e socio-assistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità**, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

Queste priorità sono state assunte anche dalla Regione Puglia con l'approvazione delle linee guida per le non autosufficienze (Del.G.R. n. 1984/2008) e sono state condivise anche con la programmazione sanitaria del Piano Regionale di Salute 2008-2010 (l.r. n. 23/2008).

Obiettivo operativo	Destinatari finali	Obiettivo di servizio (indicatore)
Potenziamento e qualificazione del servizio SAD	Persone con disabilità e loro famiglie Persone anziane con ridotta autonomia	n.208 persone beneficiarie/n. 565 persone aventi diritto
Aumento prestazioni sociosanitarie integrate con presa in carico di equipe integrate per ADI	Anziani non autosufficienti - Disabili gravi	n.138 utenti presi in carico con ADI
Potenziamento e consolidamento rete centri diurni socio educativi riabilitativi . Pagamento rette.	Disabili minori e Disabili adulti (fino a 64 anni) Pazienti psichiatrici stabilizzati (fino a 64 anni)	n.2 Centri/per l'Ambito
Consolidamento e potenziamento servizi per l'integrazione scolastica minori con disabilità (equipe per l'assistenza specialistica disabili)	Minori con disabilità	n. 1 operatore per ogni utente avente diritto

POVERTÀ E DISAGIO ADULTI

La crisi economica è largamente sentita sul territorio e le limitate offerte di lavoro aumentano il disagio sociale e la povertà.

Obiettivo operativo	Destinatari finali	Obiettivo di servizio (indicatore)
Sviluppare percorsi per prevenire i fenomeni di povertà e di impoverimento economico;	n.663 nuclei familiari e adulti in condizioni di disagio economico con ISEE < 7.500,00 su n.5.000 aventi diritto	Contributo per l'integrazione del reddito familiare
Sviluppare le pratiche che favoriscono gli interventi di autonomia delle persone fragili e marginali (formazione e integrazione lavorativa,...);	soggetti con fragilità sociale	inserimenti lavorativi tramite borse lavoro

CONTRASTO ALLA VIOLENZA

I fenomeni di abuso, maltrattamento e violenza in danno di donne e bambini sono affrontati con l'intesa dei servizi consultoriali presenti sul territorio ed in particolar modo con l'equipe integrata per l'abuso e il maltrattamento che saranno potenziate con figure professionali esperte appositamente convenzionate.

Obiettivo operativo	Destinatari finali	Obiettivo di servizio (indicatore)
Il consolidamento e la piena integrazione operativa e gestionale delle equipe multiprofessionali (servizi sociali, sanitari e della Giustizia) per la valutazione, per la presa in carico e per il trattamento delle situazioni di maltrattamento/abuso	Donne, minori, anche immigrati, vittime di abuso e maltrattamento	n. 1 equipe integrata per abuso e maltrattamento sul territorio dell'ambito
Campagna di informazione/formazione	Operatori sociali; operatori dei servizi sanitari, mediatori familiari. Campagna informazione-formazione rivolta agli operatori dei servizi sociali e sanitari di base, ai medici, agli insegnanti, agli educatori e a tutte quelle figure che hanno rapporti significativi con il mondo dell'infanzia e/o i genitori di bambini e adolescenti;	Progetti sul territorio dell'Ambito in collaborazione con le Scuole e con il privato Sociale.

DIPENDENZE E SALUTE MENTALE

I programmi e gli interventi di detta area sono mirati ad azioni di prevenzione primaria con l'obiettivo principale di consolidare i programmi posti in essere nella precedente programmazione .

Obiettivo operativo	Destinatari finali	Obiettivo di servizio (indicatore)
completamento della sperimentazione delle borse lavoro per l'inserimento socio lavorativo protetto	soggetti con fragilità sociale	Potenziare i servizi in atto (5% del FNPS e FGR)

IMMIGRAZIONE

In coerenza con la legge regionale 10 luglio 2006, n. 19, “*Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia*” e con il relativo Regolamento di attuazione, con i Piani per l’immigrazione 2005, 2006, 2007, 2008, con la D. G. R. 17 febbraio 2009, n. 168, Piano regionale delle Politiche Sociali (2009-2011) - Indirizzi per la formazione del Piano e per l’integrazione delle politiche sociali” e con le linee della legge regionale sull’immigrazione in fase di approvazione, “Norme per l’accoglienza e l’integrazione delle cittadine e dei cittadini stranieri immigrati in Puglia”, l’obiettivo strategico prioritario è il seguente:

Obiettivo operativo	Destinatari finali	Obiettivo di servizio (indicatore)
Potenziamento e consolidamento sul territorio dell’Ambito degli Sportelli Informativi e consolidamento del sistema di accoglienza;	popolazione immigrata N° 1167	n. 2 Servizi sul territorio dell’Ambito

WELFARE D’ACCESSO

La presente programmazione si propone di migliorare il **WELFARE DI ACCESSO** per garantire uniformità ed unitarietà alle funzioni di informazione, orientamento e presa in carico del cittadino/utente da parte del sistema dei servizi sociali e sociosanitari con il miglioramento del servizio sociale professionale, della PUA e della UVM

Obiettivo operativo	Destinatari finali	Obiettivo di servizio (indicatore)
Consolidamento e potenziamento del Servizio Sociale Professionale	Popolazione residente Nuclei familiari Altre istituzioni pubbliche e private	n.18 Assistenti Sociali e personale amministrativo
Consolidamento e potenziamento del Servizio di Segretariato Sociale	Popolazione residente Nuclei familiari Altre istituzioni pubbliche e private	n.18 Assistenti Sociali e personale amministrativo
Potenziamento e consolidamento della rete delle Porte Uniche di Accesso	Popolazione residente	n. 1 PUA/Ambito
Strutturazione, funzionamento, sviluppo e consolidamento dell’ Unità di Valutazione Multidimensionale	Persone non autosufficienti	n.1 UVM/Ambito

L'Integrazione socio-sanitaria nel piano di zona 2010-2012

Il mandato regionale per l'integrazione socio-sanitaria

La recente legislazione sanitaria ha più volte sottolineato che il bisogno di salute è, per sua natura, una condizione complessa, dipendente sia da fattori biologici che da fattori personali e sociali.

La necessità di considerare la persona nel suo insieme ha indotto i legislatori a riconsiderare, unificandoli, gli aspetti sanitari e gli aspetti sociali. L'esigenza della integrazione socio-sanitaria, pertanto, nasce con l'intento di dare concretezza a queste azioni, come uno strumento attraverso il quale è realmente possibile fornire adeguate e coerenti risposte alle domande di salute e benessere globale delle persone.

L'integrazione socio-sanitaria diventa quindi una garanzia della ricaduta positiva nell'ambito della programmazione, in termini sia di uguaglianza e appropriatezza delle risposte che della economicità.

Il valore aggiunto dell'integrazione tra il sistema sociale e quello socio-sanitario, infatti, consente l'implementazione della rete integrata di servizi evitando il ricorso sostitutivo a funzioni improprie.

E' evidente che questo obiettivo può essere pienamente perseguito solo se, oltre alla collaborazione tra i vari servizi territoriali, vi sia una programmazione strategica, condivisa e disciplinata da appositi accordi, linee guida e protocolli operativi che definiscano i ruoli, le funzioni e le specifiche responsabilità di ciascun attore sociale.

In questo secondo triennio di programmazione regionale è importante evidenziare che il nuovo Piano Regionale della Salute (2008/2010) e il nuovo Piano Regionale delle Politiche Sociali (2009/2011), entrambi, contestualmente, affermano con forza il principio secondo cui la programmazione della rete e dei servizi socio-sanitari, sia nei Piani di Zona che nei Programmi di Attività Territoriali, deve essere il frutto di un'unica strategia progettuale volta ad assicurare la reciproca complementarietà e coerenza.

L'esperienza pregressa

La L. 328/00 e la L.R. 19/06 prescrivono l'integrazione tra i Comuni e le ASL indicando tre diversi livelli:

- livello strategico;
- livello gestionale;
- livello operativo.

In applicazione di quanto prescritto nel precedente triennio, l'Ambito n4 aveva già avviato l'esperienza di collaborazione tra i Servizi Comunali di Ambito e il Distretto Socio Sanitario, attivando inediti percorsi operativi condivisi, idonei a realizzare l'integrazione sociosanitaria.

Durante questa esperienza sono emersi degli elementi critici ricorrenti nella predisposizione dei piani personalizzati di assistenza:

- definizione chiara dei ruoli delle parti;
- definizione delle risorse in campo;
- definizione delle procedure da adottare.

Quanto sopra è stato però superato in quanto tutti gli attori del sistema sono stati ispirati da un “senso di appartenenza” che ha costituito un terreno comune utile a guidare ogni azione: le procedure avviate e le metodologie di lavoro, pur nel reciproco riconoscimento dei diversi livelli di governo, sono state improntate ad una flessibilità capace di fornire risposte personalizzate all’utenza.

Questa prassi operativa ha permesso di attivare servizi quali:

- ADI
- la residenzialità
- la semiresidenzialità.

L’esperienza maturata nel passato periodo costituisce un bagaglio utile per affrontare la ridefinizione delle politiche sociali previste dalla nuova normativa.

La nuova normativa sociale regionale indica come prioritari gli obiettivi di:

- Concentrazione delle risorse
- Cooperazione interistituzionale
- Integrazione
- Deistituzionalizzazione
- Domiciliarizzazione dell’intervento
- Promozione e inclusione
- Qualificazione dei servizi e delle prestazioni.

A queste esigenze, ed alle indicazioni fornite dal nuovo Piano della Salute 2008/2010, risponde il Piano Aziendale Socio-Sanitario predisposto dalla Unità Operativa Complessa di Integrazione Socio-Sanitaria della ASL di Brindisi che, a tal fine, ha individuato percorsi metodologici idonei a perseguire obiettivi primari quali:

- attivazione della PUA Aziendale e Distrettuale;
- attivazione in tutti i Distretti S.S. della UVM;
- potenziamento dell’ADI in funzione di una riduzione dei ricoveri ed ospedalizzazioni improprie e sostegno alle famiglie impegnate nel lavoro di cura;
- sostegno alle famiglie ed alle persone non autosufficienti, per gli inserimenti nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

PUA

Strettamente legata alla cultura dei servizi alla persona, costituisce un sistema unico di accoglienza della domanda assistenziale. La ASL di Brindisi, a differenza delle altre realtà nazionali, ha insediato la PUA Aziendale assegnandole anche il compito di raccordo funzionale tra le istituende PUA Distrettuali.

UVM

E' lo strumento mediante il quale avviene la valutazione del bisogno e la successiva individuazione del percorso assistenziale utilizzando lo strumento della SVAMA; è ubicata presso la sede della PUA Distrettuale.

ADI

Garantisce, in relazione ai bisogni dell'utente, un insieme di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali rese al domicilio, al fine di mantenere nel suo ambiente familiare e sociale l'assistito, limitandone l'ospedalizzazione e il ricovero presso strutture residenziali.

NON AUTOSUFFICIENZA

Laddove risulti non applicabile l'ADI, a causa della gravità del caso, viene definito un percorso di sostegno alle famiglie individuando idonee strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali.

In conclusione, tenendo presente che il progressivo invecchiamento della popolazione, con il conseguente aumento della cronicità e l'aumento delle disuguaglianze sociali ed economiche, determinano un importante aumento della domanda di prestazioni socio-sanitarie, l'obiettivo da perseguire conferma quanto emerso dall'esperienza pregressa, cioè la necessità di qualificare maggiormente la **collaborazione** trasformandola in piena **integrazione**.

FUNZIONAMENTO DELL'UFFICIO DI PIANO

L'Ambito Territoriale n. 4 ha deciso di costituire l'Ufficio di Piano che rappresenta tutte le amministrazioni convenzionate, con personale che proviene da tutti i Comuni (1 componente per ogni comune) , nel rispetto delle decisioni assunte in sede di Coordinamento Istituzionale.

All'Ufficio di Piano è affidata la competenza amministrativa e gestionale dei servizi sociali per l'intero Ambito territoriale. I provvedimenti vengono adottati dal Dirigente dell'Ufficio o dal funzionario responsabile dello stesso, che dispone delle risorse umane assegnate e delle risorse finanziarie affidate, nel rispetto delle procedure definite dalle norme di riferimento e dai regolamenti locali.

Fanno parte dell'Ufficio di Piano di ambito risorse umane adeguate a rispondere al fabbisogno di competenze tecniche e di capacità professionali necessarie per svolgere efficacemente ed efficientemente le funzioni ed i compiti assegnati all'Ufficio stesso.

Le aree disciplinari e gli ambiti tecnici per i quali dovranno essere individuate risorse umane da assegnare all'Ufficio di Piano vengono di seguito elencate, ferma restando la necessità di adeguare il fabbisogno alla evoluzione del ruolo e delle competenze assegnate all'Ufficio di Piano:

- programmazione e progettazione sociale
- organizzazione dei servizi sociali per tutte le aree prioritarie richiamate dal Piano Regionale delle Politiche Sociali
- integrazione sociosanitaria
- programmazione finanziaria, gestione economica e rendicontazione
- strumenti giuridico-amministrativi a sostegno dell'associazionismo intercomunale
- gestione dei servizi pubblici sociali, contrattualistica e appalti
- ricerca sociale per l'analisi dei bisogni, della domanda e della offerta sociale, per la rilevazione della qualità, e analisi statistica
- comunicazione sociale e organizzazione di campagne di sensibilizzazione e di informazione.

Le risorse umane da assegnare all'Ufficio di Piano saranno prioritariamente individuate tra il personale già in organico o a contratto nei Comuni dell'Ambito Territoriale; di norma fanno parte dell'Ufficio **nr. 9** unità del Settore Servizi Sociali, una per ciascun comune dell'Ambito, (che possono essere sostituite in caso di impedimento da altra unità con funzioni di vicario).L' UdP si avvale della collaborazione di una Segreteria tecnica-amministrativa, composta da **nr. 4** unità, individuate tra il personale tecnico-amministrativo del comune Capofila. Inoltre, fanno parte dell'UdP nr. 2 figure professionali: l'esperto di gara e il legale, personale reperito all'interno dell'organico dei comuni dell'Ambito Territoriale, la cui attività viene garantita al bisogno. Laddove dette risorse non siano sufficienti per coprire il fabbisogno di competenze tecniche e di capacità professionali, si potrà far ricorso a risorse umane esterne. La selezione delle risorse umane esterne da assegnare eventualmente all'Ufficio di Piano potrà essere espletata con le modalità deliberate dal Coordinamento Istituzionale.

L'Ufficio di Piano ed in particolare il personale del Comune capofila garantiscono lo svolgimento delle attività inerenti al Piano di Zona costantemente presso l'ufficio Politiche Sociali del Comune capofila.

Obiettivo operativo	Destinatari finali	Obiettivo di servizio (indicatore
CONSOLIDAMENTO DELL'UFFICIO DI PIANO	Popolazione residente Nuclei familiari Altre istituzioni pubbliche e private	- Miglioramento del grado di integrazione del sistema dei servizi territoriali;
		Miglioramento delle modalità di comunicazione e informazione;
		- Potenziamento degli interventi gestiti in forma associata.

Quadro sinottico degli obiettivi di servizio

Ambito di intervento	Obiettivo operativo	Art. di rif. del r. r. 4/2007	Destinatari finali	Obiettivo di servizio (indicatore)	Valore target al 2012 (valore minimo)	Spesa Triennio	Valore target proposta Ambito T.	Spesa triennio (proposta Ambito T.)
<i>Servizio sociale professionale e welfare d'accesso</i>	Consolidamento e potenziamento organizzazione del Servizio Sociale Professionale di Ambito territoriale	Art. 86 r.r. 4/2007	Popolazione residente Nuclei familiari Altre istituzioni pubbliche Erogatori dei servizi	n.18 Assistenti sociali in servizio/ popolazione dell'ambito n. 106.463	n. 1 A.S. ogni 5.000 abitanti di Ambito territoriale			
	Consolidamento e potenziamento organizzazione del Segretariato Sociale	Art. 83 r.r. 4/2007	Popolazione residente Nuclei familiari	n.9 sportelli di segretariato sociale (integrato nei punti di accesso PUA nei Comuni)/ popolazione dell'ambito n. 106.463	n. 1 sportello ogni 20.000 abitanti			
	Potenziamento e consolidamento della rete delle Porte Uniche di Accesso	Art. 3 r.r. 4/2007	Popolazione residente	n. 1 PUA/Ambito	n. 1 PUA per Ambito territoriale			
	Strutturazione, funzionamento, sviluppo e consolidamento delle Unità di Valutazione Multidimensionali	Art. 3 r.r. 4/2007	Persone non autosufficienti	n. 1 UVM/Ambito	n. 1 UVM per Ambito territoriale con personale dei Comuni dedicato al funzionamento della UVM			
	Consolidamento e potenziamento dello Sportello per l'integrazione socio-sanitaria-culturale	Art. 108 r.r. 4/2007	Persone straniere immigrate	n. 2 servizio-sportello/ambito	n. 1 per Ambito territoriale			
<i>Ufficio di Piano</i>	Consolidamento dell'Ufficio di Piano		Popolazione dell'Ambito	Ufficio stabile presso il Comune Capofila				

Ambito di intervento	Obiettivo operativo	Art. di rif. del r. r. 4/2007	Destinatari finali	Obiettivo di servizio (indicatore)	Valore target al 2012 (valore minimo)	Valore target triennio	Valore target (proposta Ambito T.)	Valore target triennio (proposta Ambito T.)
<i>Servizi domiciliari</i>	Consolidamento e potenziamento rete servizi di educativa domiciliare (ADE)	Art. 87 r.r. 4/2007	Nuclei familiari Minori a rischio di disagio	n.32 nuclei presi in carico con equipe ADE/nuclei familiari residenti	1 nucleo ogni 1000 nuclei familiari			
	Potenziamento e qualificazione del servizio SAD	Art. 87 r.r. 4/2007	Persone con disabilità e loro famiglie Persone anziane con ridotta autonomia	n.208 persone beneficiarie/n. 565 persone aventi diritto	1,5 utenti ogni 100 anziani			
	Aumento prestazioni sociosanitarie integrate con presa in carico di Equipe integrate per ADI	Art. 88 r.r. 4/2007	Anziani non autosufficienti Disabili gravi	n.138 utenti presi in carico con ADI ovvero SAD + prestazioni sanitarie	3,5 utenti ogni 100 anziani (Indicatore S.06 Piano di Azione Ob. Servizi)			
	Limitare le condizioni di isolamento e di disagio psico-fisico (TELESOCCORSO)	Art. 100 r.r. 4/2007	Anziani e soggetti in condizioni di disabilità psicofisica	Nr. 300 fruitori				

Ambito di intervento	Obiettivo operativo	Art. di rif. del r. r. 4/2007	Destinatari finali	Obiettivo di servizio (indicatore)	Valore target al 2012 (valore minimo)	Spesa triennio	Valore target 2012 (proposta Ambito T.)	Spesa triennio (proposta Ambito T.)
<i>Servizi Comunitari Ciclo diurno</i>	Potenziamento e consolidamento rete centri diurni socioeducativi riabilitativi	Art. 60 r.r. 4/2007	Disabili minori e Disabili adulti (fino a 64 anni) Pazienti psichiatrici stabilizzati (fino a 64 anni)	n.2 Centri/n. abitanti	1 Centro-30 posti utenti ogni 50.000 ab. Pagamento rette			
	Consolidamento e potenziamento servizi per l'integrazione scolastica minori con disabilità (equipe per l'assistenza specialistica disabili)	Art. 92 r.r. 4/2007	Minori con disabilità	Nr..aventi diritto 212 n.48 operatori addetti/nr.54 destinatari finali	1 operatore (edu, edu prof., ass.soc., oss) ogni 3 aventi diritto, in media			
	Potenziamento rete servizi prevenzione e contrasto allo sfruttamento alla tratta e alla violenza su donne, minori e stranieri immigrati	Art. 107 r.r. 4/2007	Donne, minori e stranieri immigrati/e vittime di abusi e violenze	n.1 equipe/ambito	n. 1 equipe multidisciplinare integrata per ambito territoriale			
Ambito di intervento	Obiettivo operativo	Art. di rif. del r. r. 4/2007	Destinatari finali	Obiettivo di servizio (indicatore)	Valore target al 2012 (valore minimo)	Spesa triennio	Valore target 2012 (proposta Ambito T.)	Spesa triennio (proposta Ambito T.)
<i>Servizi per la prima infanzia</i>	Potenziamento e qualificazione regionale servizi prima infanzia	Art. 53 r.r. 4/2007	Bambini 0-36 mesi nr 293	% Comuni/regione	35% dei Comuni pugliesi dotati di servizi nido (indicatore S.04 Piano di Azione Ob. Servizi)			
		Art. 53 r.r. 4/2007	Bambini 0-36 mesi nr 293	Nr.450 posti nido/100 bambini 0-36 mesi	6 posti nido (pubblici o convenzionati) ogni 100 bambini 0-36 mesi (indicatore S.05 Piano di Azione)			

Ambito di intervento	Obiettivo operativo	Art. di rif. del r. r. 4/2007	Destinatari finali	Obiettivo di servizio (indicatore)	Valore target al 2011 (valore minimo)	Spesa triennio	Valore target 2012 (proposta Ambito T.)	Spesa triennio (proposta Ambito T.)
<i>Misure a sostegno delle responsabilità familiari</i>	Implementazione e consolidamento servizio di Affidamento familiare	Art. 96 r.r. 4/2007 Linee guida regionali - DGR n. 494/2007	Minori allontanati dai nuclei familiari Nuclei familiari di origine e affidatari	n. 1 ufficio affidamento/adozioni/ambito n.20 percorsi affidamento da attivare ne triennio	n. 1 ufficio affidamento/adozione per ambito territoriale n. 10 percorsi affidamento ogni 50.000 ab			
	Implementazione e consolidamento Servizio Adozioni	Linee guida regionali DGR 17 aprile 2007, n. 494	Minori in stato di adozione Nuclei familiari	n. 1 equipe/ambito	n. 1 equipe multidisciplinare integrata per ambito territoriale			
	Costruzione e consolidamento Centri di Ascolto Famiglie/Centri Risorse Famiglie	Art. 93 r.r. 4/2007	Nuclei familiari Donne e giovani coppie	n.2 centri famiglie/ambito n. centri risorse e uffici mediazione/provincia	n. 1 centro famiglie per ambito e/o interventi e servizi di sostegno alla genitorialità per ogni Comune dell'ambito territoriale n. 1 centro risorse per provincia			
	Attivazione Uffici Tempi e Spazi della città e Banche del Tempo	Regolamento regionale 11 novembre 2008 n. 21	Nuclei familiari Donne e giovani coppie	n. 1 uffici Tempi e Spazi della città/ambiti	n. 1 Ufficio Tempi e Spazi della città per ambito territoriale			
Ambito di intervento	Obiettivo operativo	Art. di rif. del r. r. 4/2007	Destinatari finali	Obiettivo di servizio (indicatore)	Valore target al 2011 (valore minimo)	Spesa triennio	Valore target 2012 (proposta Ambito T.)	Spesa triennio (proposta Ambito T.)
<i>Inclusione sociale</i>	Sviluppare le pratiche che favoriscono percorsi di autonomia		soggetti con fragilità sociale	n. 30 percorsi di inserimento lavorativo protetto				
	Contrasto alla Povertà	Art. 102 r.r. 4/2007	soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico	Nr. 663 utenti				
	Trasporto Sociale per soggetti svantaggiati		Minori, anziani e disabili	Nr. 52 utenti				
	Abbattimento delle barriere architettoniche	L.R. nr. 13/1989	Soggetti in condizioni di disabilità	Nr. 40 utenti				
	Orientamento e informazione in favore dei cittadini immigrati	Art. 108 r.r. 4/2007	Cittadini immigrati residenti nell'ambito. NR. 1260	Nr. 2 sportelli informazione-orientamento.				

REGOLAMENTO DELLA PORTA UNICA DI ACCESSO E DELLA UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (PUA e UVM)

Art. 1 – Premessa

La Porta Unica di Accesso (PUA) è disciplinata dal presente regolamento, ai sensi dell'art. 3 del Regolamento Regionale n° 4 del 18 gennaio 2007, quale strumento per l'accesso al sistema integrato dei servizi che opera sia per il complesso dei servizi sociali che per i servizi sociosanitari. in presenza di bisogni complessi

In prima istanza la PUA opera come servizio di Ambito del segretariato sociale dei comuni, nonché come punto di accesso ai servizi sanitari, fornendo informazioni ed orientamento ai cittadini sui diritti e sulle opportunità offerte dal sistema integrato dei servizi sociali e sanitari presenti sul territorio, ponendo particolare attenzione alle fasce di popolazione che per varie ragioni sociali o culturali non conoscono l'offerta dei servizi o non si rivolgono direttamente alle sue articolazioni territoriali.

La PUA rappresenta inoltre lo strumento per la individuazione dei casi di bisogni complessi che richiedano in forma integrata l'attivazione di interventi e servizi sociali e sanitari, nonché per l'attivazione delle procedure atte a fornire una risposta unitaria ai bisogni rappresentati.

Obiettivo del presente regolamento è quello di sperimentare forme di lavoro congiunto dei rispettivi servizi, nella prospettiva di realizzare anche sul piano logistico e funzionale, ove e nella misura possibile, un sistema realmente integrato di PUA quale forma unica di accesso alle prestazioni sociali, alle prestazioni sanitarie, alle prestazioni integrate sociosanitarie, pur mantenendo autonome forme di gestione tra ASL e Ambito Territoriale.

Art. 2 – Obiettivi

Obiettivo della PUA è la creazione di un "**sistema di accoglienza della domanda**" in grado di aprire al cittadino l'intera gamma di opportunità offerte dal sistema dei servizi sociali e sanitari.

L'accesso unico alla rete dei servizi per gli utenti e le loro famiglie si pone l'obiettivo di garantire risposte appropriate ai bisogni espressi, in un'ottica di efficienza e di efficacia da parte del sistema sanitario e socio-assistenziale, e si fonda sul principio della unitarietà della persona e del suo bisogno.

Art. 3 – Attività

La P.U.A., nella sua funzione di base di servizio di segretariato sociale, quale punto unico di accesso ai servizi socio-assistenziali e sociosanitari, svolge le attività di informazione, accoglienza, ascolto, accompagnamento ed orientamento della domanda, utilizzando strumenti e modalità semplici ma efficaci, costantemente aggiornati ed orientati all'agevolare e al semplificare il rapporto del cittadino con il sistema dei servizi sociali e sociosanitari.

La PUA organizza la propria attività con i mezzi e nelle forme più appropriate al fine di corrispondere agli obiettivi connessi al suo essere sia strumento privilegiato di conoscenza della domanda sociale di servizi che strumento della programmazione dell'offerta.

L'attività della PUA si concretizza anche attraverso la condivisione, da parte di tutti i soggetti istituzionali coinvolti e dei relativi operatori, dei sistemi di informazione e dei sistemi di accesso ai servizi, da quelli più tradizionali a quelli tecnologicamente più avanzati (moduli, carta dei servizi, cartella dell'utente, rete telematica, accessi on line, ecc.), sia pure con la gradualità richiesta dalla disponibilità delle risorse tecnologiche e finanziarie dell'Ambito Territoriale e della ASL.

La PUA, nella sua funzione di strumento di accesso ai servizi sociosanitari, ossia alle prestazioni indicate nell'allegato 1C del DPCM del 29.11.2001, oltre ai compiti di informazione, accompagnamento ed orientamento della domanda, svolge le seguenti attività specifiche:

- raccolta dei dati e della documentazione necessaria all'istruttoria della domanda di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari;
- attivazione degli altri referenti territoriali competenti della rete formale dell'utente per il completamento della richiesta e per l'individuazione della modalità di presa in carico;
- monitoraggio costante delle risorse disponibili per informare ed aggiornare costantemente l'Ufficio del Coordinamento Integrato Sociosanitario di cui all'art. 6, al fine di agevolarne l'operato.

Art. 4 – Domanda dell'utente

La richiesta di accesso alla rete dei servizi può essere presentata:

- dalla persona in stato di bisogno socio-sanitario o dal tutore (in caso di interdizione) da un curatore;
- da un familiare;
- dall'assistente sociale interessato al caso;
- dal medico di medicina generale o pediatra di libera scelta

La P.U.A. provvede di seguito ad attivare gli altri referenti della rete formale per l'eventuale completamento della richiesta.

Art. 5 – Modalità della presa in carico integrata da parte dei servizi

La "presa in carico" del cittadino/utente da parte dei servizi sociali o dei servizi sanitari, sulla base dell'invio da parte della PUA, è effettuata secondo le modalità previste dallo specifico servizio in tutti i casi di bisogno "semplice", ovvero di bisogno solo sociale o solo sanitario.

Quando nel corso del processo di presa in carico da parte di uno dei servizi sociali o sanitari si ritiene che esistano situazioni multiproblematiche e condizioni di complessità che richiedano una attività integrata con la compartecipazione di entrambi i servizi (sia essa professionale e/o finanziaria e/o operativa), questa segnala la situazione all'altra struttura attraverso una specifica comunicazione.

La comunicazione, a seconda delle specifiche situazioni concrete, e secondo criteri di adeguatezza e proporzionalità dell'onere informativo, può essere:

- *inoltrata per le vie brevi* (verbalmente o telefonicamente): in tal caso l'operatore deve fornire all'altro servizio informazioni sulle richieste del cittadino/utente (domanda), sulle modalità con le quali è avvenuta la presa in carico (accoglienza, ascolto, prima valutazione), sui percorsi attivati (orientamento, accompagnamento, servizi, ecc.), e sulle richieste di integrazione tra le strutture, ovvero sulle informazioni da fornire al cittadino/utente per farlo accedere all'altra struttura (ipotesi operative);
- *trasmessa in forma scritta ed ufficiale* (con protocollo della struttura): in tal caso deve fornire informazioni sulle richieste del cittadino/utente (domanda), sulle modalità con le quali è avvenuta la presa in carico (accoglienza, ascolto, prima valutazione), sui percorsi attivati (orientamento, accompagnamento, servizi, ecc.), e sulle richieste di integrazione tra le strutture, ovvero sulle informazioni da fornire al cittadino/utente per farlo accedere all'altra struttura (ipotesi operative). Alla comunicazione scritta è allegata la documentazione relativa agli eventuali provvedimenti dell'autorità giudiziaria (dimensione giuridica) e/o alle relazioni socio-ambientali del servizio sociale professionale (dimensione del contesto, trasversale a tutte le dimensioni).

*L'integrazione sociosanitaria, che può essere attuata anche tramite servizi esterni o esternalizzati (quali i ricoveri presso strutture, servizi domiciliari, ecc.), è realizzata secondo modalità operative **valutate** di volta in volta dagli operatori coinvolti come le più rispondenti alle situazioni concrete, che tengano conto o della consolidata esperienza di lavoro di rete già praticata dai rispettivi servizi ovvero di specifici protocolli operativi, concordati tra servizi di Ambito e servizi sanitari, che disciplinano procedure ed entità dei rispettivi impegni.*

Quando la **valutazione** della multiproblematicità e della complessità del caso richiede una visione **multidimensionale** è attivata invece l'**Unità di Valutazione Multidimensionale** (U.V.M.).

Art. 6 – Coordinamento Integrazione Sociosanitaria

In ogni Distretto della A.S.L. è costituito il Coordinamento Integrato Socio Sanitario che affianca il Direttore del Distretto e dal quale dipende funzionalmente la U.V.M., per la parte di competenza del Distretto Sanitario.

In ogni Ambito Territoriale Sociale della ASL BR, all'interno di ciascun Ufficio di Piano, è attivata l'Area "Integrazione Socio-Sanitaria" che, insieme agli Uffici Servizi Sociali dei comuni, supporta il Coordinatore dell'Ufficio di Piano di Zona e dalla quale dipende funzionalmente la U.V.M., per la parte di competenza del Piano Sociale di Zona.

Il Coordinatore Sociosanitario e il Coordinatore dell'UdP , costituiscono l'Ufficio del Coordinamento Integrato Socio Sanitario (CISS), che si avvale per le sue funzioni di personale assegnato dal Distretto Sanitario e dall'Ambito Territoriale Sociale sulla base di accordi in ciascun Distretto che tengano comunque conto delle specifiche situazioni dell'organico in essi presente. Alla gestione dell'Ufficio del Coordinamento Integrato Socio Sanitario, infatti, la ASL –tramite i Distretti- e i Comuni – tramite l'UdP- partecipano con pari dignità e responsabilità, con modalità organizzative e procedurali condivise, con risorse umane e finanziarie congrue ed equamente ripartite.

L'Ufficio del Coordinamento Integrato Socio Sanitario rappresenta lo snodo di collegamento tra la Porta Unitaria di Accesso, localizzata presso i servizi, e l'Unità di Valutazione Multidimensionale, per la quale svolge *in back office* le funzioni di segreteria (raccolta delle domande, agenda dell'UVM, convocazione, ecc.).

L'Ufficio del Coordinamento Integrato Socio Sanitario elabora eventuali protocolli operativi e la relativa modulistica, per ottimizzare le procedure di integrazione e per definire le regole di appropriatezza ed adeguatezza dei percorsi di cura, di riabilitazione e di assistenza per le diverse patologie e situazioni sociali. In particolare la scheda di proposta per l'accesso ai servizi ad integrazione sociosanitaria deve essere redatta in forma schematica e a domande chiuse, in modo da consentire la elaborazione informatica, ai fini del collegamento con l'Osservatorio Provinciale dei Servizi Sociali.

A partire dalla situazione della organizzazione interna della rete dei servizi sociosanitari vigente al momento della sottoscrizione, il presente protocollo operativo si propone l'obiettivo graduale di costruire una rete informatica integrata che consenta di far transitare le pratiche da un nodo all'altro del sistema attraverso la telematica.

Art. 7 – L'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.)

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) è una équipe multiprofessionale e multidisciplinare attivata dai Distretti Sanitari e dagli Ambiti Territoriali Sociali che costituisce nella rete il soggetto tecnico di valutazione e progettazione multidimensionale che assicura l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie; rappresenta l'anello operativo strategico, in sede locale, quale filtro per l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e partecipata.

L'attività di valutazione multidimensionale è costituita dall'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni che presenta il caso e rappresenta l'adempimento prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del piano di assistenza individualizzato e della presa in carico integrata del cittadino.

Art. 8 – Obiettivi della UVM

L'attività di valutazione multidimensionale è finalizzata a rispondere ai bisogni del cittadino sia sociali che sanitari, caratterizzati da una complessità fra loro **inscindibile**.

L'U.V.M. si caratterizza per la collegialità della propria attività che garantisce una progettualità condivisa dei processi di integrazione tra operatori, prestatori di cure familiari ed erogatori di servizi.

Gli obiettivi specifici della valutazione multidimensionale sono perseguiti tenendo conto dei seguenti indirizzi:

- favorire il più a lungo possibile una idonea permanenza della persona in stato di bisogno sociosanitario presso il proprio domicilio;
- favorire il rientro nell'ambiente di provenienza dopo la permanenza in strutture semiresidenziali e residenziali;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità della vita nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari;
- promuovere azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali;
- ottimizzare la spesa sociosanitaria.

Art. 9 – Compiti della UVM

L'UVM, attraverso la iniziale condivisione della documentazione sociosanitaria disponibile presso i servizi sociali e i servizi sanitari, effettua preliminarmente l'analisi del bisogno finalizzata alla individuazione degli elementi di complessità e multidimensionalità e alla verifica della loro inscindibilità. In mancanza del requisito della inscindibilità il caso è rinviato ai servizi per una sua gestione di ordinaria integrazione sociosanitaria.

L'UVM ha i seguenti compiti:

- effettua con gli strumenti e le procedure adottate in sede regionale la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza o del residuo grado di autonomia dell'utente, nonché dei bisogni assistenziali suoi e del nucleo familiare, compresa la valutazione della dipendenza psico-fisica, così come risultanti da specifiche relazioni contenenti anche la proposta di intervento;
- verifica la presenza delle condizioni socio-economiche, abitative e familiari ai fini della ammissibilità ad un determinato percorso di cura e di assistenza;
- elabora il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), da condividere con l'utente e con i familiari, oltre che con altri eventuali soggetti pubblici o privati coinvolti, e da ciascuno di essi sottoscritto. Il PAI deve assicurare un uso ponderato delle risorse impiegate, attraverso una pianificazione complessiva degli interventi avente una chiara dimensione temporale;
- individua tra i propri componenti il responsabile del caso (*Care manager*) per garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dal PAI, scelto in base al maggior coinvolgimento che egli assume sia sul piano tecnico-scientifico, sia sul piano amministrativo. Il *Care manager* rappresenta il principale referente per il cittadino/utente, la sua famiglia e gli operatori socio-sanitari coinvolti nel PAI;
- effettua il monitoraggio continuo e l'aggiornamento del PAI;
- stabilisce la dimissione dalla presa in carico al momento della cessazione della multidimensionalità e della complessità del bisogno o del raggiungimento degli obiettivi prefissati dal PAI, anche quando la presa in carico per la prosecuzione del progetto individualizzato, in presenza di ulteriori bisogni sociali e sanitari, è trasferita ad altri servizi o interventi, compresi quelli dell'ordinaria integrazione sociosanitaria.

Art. 10 – Composizione della UVM

L'Unità di Valutazione Multidimensionale ha una composizione variabile ed è composta come segue su indicazioni, in base alle rispettive competenze, del Direttore di Distretto e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano, che tengono conto del singolo assistito:

- Coordinatore sociosanitario del Distretto;
- Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) dell'assistito;
- Medico specialista o altre figure professionali specifiche secondo la particolarità del bisogno dell'utente;
- Coordinatore dell'Ufficio di Piano o suo delegato referente per l'area sociosanitaria;

- Responsabile del servizio sociale del comune di riferimento dell'utente, qualora il PAI comporti una spesa a carico del comune e non del Piano di Zona;
- Assistente sociale di riferimento dell'utente, appartenente al Servizio sociale professionale di Ambito;
- Cittadino-utente, o suo familiare, il quale è coinvolto nella fase di formazione del PAI, il quale può farsi rappresentare anche da una associazione degli utenti;
- Operatori di servizi esternalizzati o di altri servizi pubblici eventualmente coinvolti nella fase attuativa del PAI.

Art. 11 –Modalità operative della UVM

L'UVM è di regola convocata dall'Ufficio Coordinamento Integrato Sociosanitario del Distretto dell'A.S.L. qualora:

- l'utente sia già "preso in carico" e dal Servizio sociale di Ambito (o di uno dei comuni dell'Ambito) e da una delle competenti Unità Operative della ASL;
- si ritenga che, in relazione al bisogno, esistano le condizioni di multidimensionalità, complessità e inscindibilità, compartecipazione (professionale e/o finanziaria e/o operativa), tali da trovare riscontro nella tipologia di prestazioni di cui alla normativa vigente in materia di Livelli Essenziali di Assistenza (D.P.C.M. 29.11.01 e s.m.i.).

La data della convocazione deve essere concordata, solitamente per le vie brevi, rispettivamente:

- con il Coordinatore Sociosanitario del Distretto dell'A.S.L., se l'U.V.M. è promossa dall'Ambito Territoriale Sociale;
- con l'Ufficio di Piano del P.S.Z. o l'Ufficio Servizi Sociali del comune competente per residenza dell'utente, se l'U.V.M. è promossa dal Distretto dell'A.S.L..
- La convocazione è inviata in forma scritta e le motivazioni che la determinano devono essere esplicitate, seppure sommariamente, sia nel primo contatto (per le vie brevi), sia nella convocazione formale (per iscritto).

Di regola l'UVM conclude il procedimento di presa in carico entro 10 giorni dalla segnalazione del caso, rispettando nell'ordine di precedenza le urgenze.

Nei casi di comprovata ed urgente necessità è consentita una procedura d'urgenza che consenta l'accesso immediato alle prestazioni sociosanitarie di natura domiciliare, semi-residenziale o residenziale a gestione integrata e compartecipata. La procedura è attivata con proposta motivata da parte del MMG o del servizio sociale comunale, purché sia espresso il nulla osta ai fini dell'assunzione dell'impegno alla compartecipazione della spesa sia da parte dell'U.O. del Distretto che da parte dell'Ufficio di Piano (se la spesa ricade sui servizi del PdZ) o da parte del Responsabile del Servizio Sociale comunale (se la spesa ricade sul comune). Il predetto nulla osta è trasmesso alla UVM per gli adempimenti a proprio carico.

Tutte le attività della U.V.M sono documentate mediante l'utilizzo di appositi modelli/ schede e le relative informazioni raccolte sono trasmesse all'Ufficio del Coordinamento Integrato Sociosanitario, a fini statistici e di monitoraggio.

È compito dell'Ufficio del Coordinamento Integrato Sociosanitario trasmettere l'esito della valutazione multidimensionale al Responsabile della struttura o servizio coinvolto nel progetto, nonché alla persona interessata. In caso di diniego o di risposta diversa dalla domanda dell'interessato, la comunicazione deve contenere le motivazioni della decisione.

Art. 12 -Metodologia di lavoro

La valutazione deve avvalersi di strumenti idonei, standardizzati e validati scientificamente, scale e schede di valutazione sanitarie e sociali, il più possibile omogenei sul territorio regionale, quale la scheda SVAMA (approvata con D.G.R. 15 febbraio 2005, n.107).

Il progetto socio-sanitario personalizzato, denominato Piano di assistenza Individualizzato (PAI), redatto dall'U.V.M., così come precisato nelle Linee Guida del Piano Sociale Regionale, deve tener conto delle priorità del cittadino e dei suoi familiari, delle sue disabilità, soprattutto delle risorse e abilità residue recuperabili, oltre che dei fattori ambientali personali e familiari.

Nel progetto vanno, inoltre, indicate le quote di compartecipazione del Comune, della ASL. e del cittadino beneficiario.

La procedura per la formulazione del progetto deve essere conclusa entro 10 giorni dalla data in cui l'istanza giunge alla U.V.M.

ART. 13 – Il Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.)

Il P.A.I. elaborato dalla U.V.M. è redatto in doppia copia e conservato sia presso l'Ufficio Coordinamento Sociosanitario Distrettuale, sia presso l'Ufficio competente dell'Ambito Territoriale (Ufficio di Piano o Ufficio comunale del Servizio sociale).

Il P.A.I. ha valore di contratto tra i soggetti istituzionali rappresentati dai componenti dell'UVM e tra questi e il cittadino/utente, in quanto in esso sono stabiliti i livelli di responsabilità di ciascuno di essi nella fase attuativa.

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

Il P.A.I. deve contenere, in apposita cartella personale:

1. Analisi della motivazione dell'invio;
2. Anamnesi del Medico di Medicina Generale (M.M.G.) o del Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.);
3. Anamnesi socio-ambientale del singolo e/o del nucleo familiare;
4. Diagnosi socio-sanitaria I.C.F. (International classification of Functioning Disability and Health); **SVAMA**
5. Diagnosi sociale;
6. Individuazione risorse personali;
7. Individuazione risorse familiari (famiglia nucleare e allargata);
8. Individuazione risorse comunitarie;
9. Indicatore della situazione economica del singolo e/o del nucleo familiare di riferimento (I.S.E. e I.S.E.E.);
10. Obiettivi dell'intervento integrato;
11. Metodologia;

12. Prestazione sanitaria dettagliata e operatori coinvolti;
13. Prestazione sociale dettagliata e operatori coinvolti;
14. Eventuale impegno di risorse del terzo settore e operatori coinvolti;
15. Care Manager;
16. Tempistica;
17. Strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione;
18. 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 della U.V.M. contribuiscono all'elaborazione del Progetto Individualizzato attraverso l'apporto della propria competenza professionale e delle funzioni istituzionali che rappresentano.

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

L'utente ha la possibilità di:

- Accettare o non accettare il P.A.I.;
- proporre eventuali modifiche, motivate, al P.A.I.;
- chiedere la revisione, motivata, del P.A.I., successivamente alla sua sottoscrizione.

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

La persona interessata, o chi ne ha titolo, ha facoltà di richiedere la revisione del progetto assistenziale, l'esito dell'attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico, presentando richiesta motivata e documentata all' U.V.M. entro 15 giorni dall'avvenuta comunicazione dello stesso per il tramite della P.U.A.

L'U.V.M., nell'ambito della definizione del PAI, ai fini dell'applicazione del principio di compartecipazione tiene conto delle norme che disciplinano la materia. L'U.V.M. dovrà operativamente applicare i protocolli per ciascuna delle prestazioni LEA e la definizione delle modalità di compartecipazione al costo, così come previsto dal Dlgs n. 229/99.

Art. 14 – Valenza giuridica dell'attività dell'UVM

La A.S.L., attraverso il Distretto Sanitario, e i comuni dell'Ambito Territoriale con l'approvazione del presente regolamento-protocollo operativo attribuiscono alla attività della U.V.M. la valenza delle Conferenze dei Servizi, di cui all'art. 14 della L. 241/90, relativamente a:

- composizione;
- modalità operative;
- valutazioni;
- effetti amministrativi delle valutazioni tecnico-scientifiche assunte e trasfuse nel PAI.

Art. 15 – Sede dell’UVM

L’U.V.M. si riunisce, di norma, presso l’Ufficio del Coordinamento Integrato Sociosanitario del Distretto competente, salvo diverse esigenze per le quali risulti opportuno utilizzare la sede dell’Ufficio di Piano o dell’Ufficio Servizio Sociale competente, ovvero la sede di altre agenzie sociali territoriali coinvolte, oppure presso il domicilio del cittadino/utente.

Art. 16 – Territorio di competenza

L’U.V.M. ha per destinatari le persone residenti nei Comuni di ciascun Distretto Sociosanitario, siano essi di cittadinanza italiana o straniera, in stato di bisogno socio-sanitario complesso, con particolare riferimento ai soggetti in condizione di dipendenza e di non autosufficienza.

La valutazione multidimensionale e la presa incarico del caso è affidata all’U.V.M. dell’Ambito socio-sanitario di residenza della persona interessata. Il Piano di Assistenza Individualizzato dovrà fare riferimento, ogni qualvolta possibile, al bacino dei servizi fruibili nell’ambito territoriale di residenza della persona e/o della sua famiglia.

Qualora il PAI richieda il ricorso alle rete di servizi di altri Ambiti distrettuali della stessa ASL o di altre ASL è necessario coinvolgere la U.V.M. dell’Ambito Sociosanitario competente per territorio.

Art. 17 – Durata e norme transitorie

La durata del presente regolamento-protocollo operativo è fissata in tre anni e si intenderà prorogata se non disdettata da una delle parti che l’hanno sottoscritto. Tuttavia, in considerazione del suo carattere sperimentale, si conviene che esso dovrà essere monitorato, valutato e, se necessario, modificato alla scadenza di un anno dal momento dell’approvazione.

Protocollo Operativo A.D.I

Il regolamento Regionale n. 4/2007 stabilisce che il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) deve articolarsi territorialmente in maniera da garantire la massima fruibilità del servizio da parte di tutti i cittadini.

E' evidente infatti che l'integrazione sociosanitaria si esprime come unico percorso di programmazione che garantisca unitarietà degli interventi, a partire dalle prestazioni essenziali riconducibili ai LEA, attraverso un protocollo operativo per l'erogazione delle prestazioni afferenti all'area dell'elevata integrazione sociosanitaria.

L'A.D.I. è un servizio che assicura prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-sanitarie e socio-assistenziali, in forma integrata secondo i piani individuali programmati. Fondato sul modello domiciliare, di competenza sia del SSN, sia dell'Ente Locale, si connota per la forte valenza integrativa delle prestazioni ed è basato sul concorso progettuale di contributi professionali sanitari e di protezione sociale, organicamente inseriti nel progetto assistenziale personalizzato.

Il servizio A.D.I persegue i seguenti obiettivi:

- favorire il più a lungo possibile un'adeguata permanenza della persona in stato di bisogno socio-sanitario presso il proprio domicilio;
- perseguire il rientro nell'ambiente di provenienza dopo la permanenza in strutture residenziali;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità della vita nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari;
- adottare modalità di intervento mirate al recupero dell'autonomia, alla salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell'utente e alla riduzione di ogni forma di ricovero improprio;
- sostenere la famiglia ai fini di una collaborazione partecipata del piano di assistenza;
- promuovere azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali;
- ottimizzare la spesa socio-sanitaria.

Le caratteristiche essenziali che il servizio ADI deve sviluppare sono:

- pianificazione della unità di offerta, uniforme su territorio di ambito;
- valutazione multidimensionale del bisogno ;
- globalità dei piani di cura;
- collaborazione tra operatori sanitari, sociali e la famiglia, per favorire la condivisione degli obiettivi;
- la continuità degli interventi;
- adozione di una metodologia organizzativa del lavoro che prevede l'utilizzo di strumenti quali le riunioni di coordinamento, di valutazione, riprogettazione, progetto assistenziale personalizzato, individuazione del care giver, e del case manager;
- valutazione dei costi delle decisioni;

- valutazione evolutiva degli esiti;
- centralità del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta per gli aspetti clinici e dell'assistente sociale messa a disposizione da ogni singolo Comune facente parte dell'Ambito per gli aspetti sociali;

DESTINATARI

L'ADI è rivolta ai soggetti, residenti nei Comuni dell'Ambito Sociosanitario N°4, siano essi di cittadinanza italiana o straniera, in condizione di fragilità sociale e dipendenza (stato che supera il concetto di non autosufficienza poiché tiene conto anche dell'ambiente di vita della persona), di non autosufficienza o ridotta autosufficienza, temporanea o protratta (stato che comporta una perdita di autonomia non compensata in alcun modo dal soggetto stesso), derivante da condizioni critiche di bisogno sociosanitario o patologiche, ed in particolare pazienti che si trovino nelle seguenti condizioni:

- anziani e disabili, minori e adulti in condizioni di fragilità e limitazione dell' autonomia;
- patologie acute, trattabili a domicilio;
- pazienti in dimissione sociosanitaria protetta dai reparti ospedalieri;
- disabilità, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano limitazione dell' autonomia;
- patologie oncologiche in fase avanzata;
- patologie HIV correlate in fase avanzata;
- patologie in fase terminate.

In relazione alla durata del servizio A.D.I. si distinguono:

A.D.I. a breve termine (circa tre settimane):

Situazioni in cui, dopo un aggravamento delle condizioni sanitarie e/ sociali dell'utente, un progetto attivo di educazione sanitaria, assicurazione e sostegno sono essenziali per mettere in grado la rete familiare di farsi carico dell'assistenza di patologie acute in cui l'A.D.I. costituisce alternativa all'ospedalizzazione.

A.D.I. a medio termine (circa tre mesi):

Situazioni in cui un progetto assistenziale personalizzato di più ampio respiro e finalizzato a sostenere il nucleo familiare o la rete solidale in un periodo critico o a promuovere l'autonomia in presenza di pazienti in fase terminale.

A.D.I. a lungo termine (sei mesi rinnovabili):

Casi in cui l'A.D.I. evita l'ingresso in strutture residenziali, o l'ospedalizzazione impropria o ripetuta.

Criteria di ammissione e di eleggibilità

L'accesso in ADI deve essere subordinata ad una valutazione integrata accertante la presenza dei seguenti requisiti:

- ridotta autosufficienza: tale requisito deve essere certificato da attestazione medica e definito da apposite scale di valutazione;
- necessità di assistenza esclusivamente primaria, ovvero assenza di condizioni patologiche di alto rischio o di necessità di interventi specialistici che impongono o il ricovero ospedaliero o l'attivazione di altri servizi specialistici;
- complessità assistenziale, ovvero presenza di bisogni complessi, che richiedono contemporaneamente prestazioni sanitarie ed interventi socio assistenziali domiciliari;
- possibilità di garantire adeguato supporto alla persona, assicurando la presenza di una rete solidale (vicinato, volontariato), o di prestazioni di assistenza tutelare e aiuto infermieristico;
- interventi di assistenza abitativa al fine di renderla idonea: tale bisogno è opportuno che sia rilevato tramite schede di valutazione sociale standardizzate;
- economicità dell'assistenza: il costo complessivo dell'assistenza domiciliare integrata, al netto della quota di partecipazione dell'utente, non potrà essere superiore a quello dell'assistenza in regime residenziale;
- la residenza in uno dei Comuni dell'Ambito N. 4 costituisce il requisito che garantisce l'ammissione al servizio ADI e rappresenta anche il riferimento per l'attribuzione dei costi sociali e sanitari rispettivamente all'Ambito ed al Distretto sanitario;
- gli utenti sono ammessi, indipendentemente dalle condizioni economiche individuali e familiari, ad usufruire del servizio ADI.. Per la parte relativa ai costi socio assistenziali attribuiti ai comuni facenti parte dell'Ambito, la quota di compartecipazione da parte degli utenti deve essere definita attraverso l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).

ORGANIZZAZIONE E MODALITA' DI ACCESSO

L'unitarietà del servizio ADI, in tutte le sue fasi - programmazione, esecuzione e valutazione - deve essere garantita attraverso l'istituzione di organismi sociosanitari integrati, coogestiti e cofinanziati tra ASL/BR e i Comuni dell'Ambito N. 4, pertanto la Porta Unica di Accesso e l'UVM assumono rilievo organizzativo in quanto "luoghi" attraverso i quali viene garantito lo svolgimento di funzioni essenziali.

L'UVM svolge i seguenti compiti:

- effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali dei pazienti/utenti;
- verifica la presenza delle condizioni di eleggibilità;
- elabora il piano assistenziale personalizzato (obiettivi, tipologia, frequenza e durata dell'intervento), condiviso e sottoscritto con il paziente ed il suo nucleo familiare;
- verifica ed aggiorna l'andamento del piano assistenziale individualizzato;

- procede alla dimissione concordata;
- trasmette al Comune di residenza il progetto individualizzato per gli adempimenti di propria competenza (quantificazione della quota di compartecipazione degli utenti alle prestazioni socio-assistenziali, verifica e monitoraggio con personale all'uopo incaricato).

RISORSE

L'ASL BR ed i Comuni dell'Ambito n°4 mettono a disposizione le risorse necessarie per l'erogazione degli interventi ADI

Il costo delle prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata trova copertura nella compartecipazione, in misura non inferiore al 50%, a carico della ASL e dell'Ambito. Le modalità di gestione assicurano la massima unitarietà delle prestazioni a beneficio dell'utente e la effettiva attuazione dei progetti personalizzati di intervento definiti dall'UVM.

Letto, confermato e sottoscritto

I Sindaci o loro delegati dei Comuni di:

Mesagne _____

Cellino San Marco _____

Torre S. Susanna _____

Latiano _____

S. Pietro Vernotico _____

S. Pancrazio Sal.no _____

Erchie _____

San Donaci _____

Torchiarolo _____

Direttore dell'U.O.C. di Integrazione Socio-Sanitaria

Dott. Angelo Campana _____

Il Direttore del Distretto ASL/BR

Dott. Michele Morgillo _____

Mesagne li _____

Regolamento per il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata

ART.1 DEFINIZIONE E OGGETTO

In considerazione di quanto previsto dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento per l'Integrazione Socio-Sanitaria (DPCM 14/2/2001) e del Piano Sanitario Regionale della Regione Puglia, e nelle more di una più completa definizione dei livelli essenziali di prestazioni sociali, con Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) si intende un servizio che assicura prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali in forma integrata e secondo piani individuali programmati.

Art. 2 FINALITA' ED OBIETTIVI

Il servizio A.D.I. condivide con le altre tipologie di prestazioni domiciliari, le finalità e gli obiettivi generali:

- mantenere la persona nel proprio contesto di vita attraverso interventi a sostegno della famiglia e della persona con prestazioni sociosanitarie integrate svolte in regime domiciliare ovvero nel contesto della vita quotidiana;
- utilizzare il ricorso ai servizi residenziali, a ciclo diurno o continuativo, in via subordinata ed esperendo modalità che circoscrivono di norma ad un periodo programmato la prestazione, sulla base di un definito piano di intervento;
- costituire una valida alternativa sia all'assistenza sanitaria prestata in regime di ricovero ospedaliero, che alla istituzionalizzazione in Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) e Residenza Protetta (RSSA);
- adottare modalità di intervento mirate al recupero, al reinserimento, all'autonomia, alla salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell'utente;
- ridurre i ricoveri impropri e incongrui negli ospedali e nelle strutture residenziali;

- ridurre la permanenza in ospedale e favorire la de-ospedalizzazione, attraverso l'istituto della dimissione socio-sanitaria protetta;
- sviluppare una modalità d'intervento incentrata sul lavoro d'équipe al fine di realizzare l'effettiva integrazione delle prestazioni;
- sostenere la famiglia e coinvolgerla in una collaborazione solidale e partecipata ai piani di assistenza.

L'A.D.I. deve altresì svilupparsi a partire da alcune caratteristiche essenziali del servizio, considerate elementi essenziali per la corretta attuazione delle indicazioni di cui alle presenti linee guida:

- la pianificazione organica delle unità di offerta in modo uniforme sul territorio dell'ambito;
- la valutazione multidimensionale del bisogno e l'approccio per problemi;
- la globalità dei piani di cura;
- la collaborazione tra operatori sanitari, sociali e la famiglia, e la condivisione degli obiettivi;
- la continuità degli interventi;
- l'adozione di una metodologia di lavoro che utilizza strumenti organizzativi integranti (riunioni di programmazione degli interventi, di coordinamento, di valutazione, di riprogettazione, progetto assistenziale personalizzato, individuazione del referente familiare (care giver) e del responsabile del caso (case manager), procedure, ecc.);
- la valutazione dei costi delle decisioni;
- la valutazione evolutiva degli esiti;
- la centralità del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, per gli aspetti clinici, e dell'assistente sociale di zona, per gli aspetti sociali;
- l'esistenza di centri di responsabilità in ambito sanitario e sociale.

ART. 3

DESTINATARI

L'A.D.I. è rivolta a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivante da condizioni critiche di bisogno socio-sanitario o patologiche, ed in particolare pazienti che si trovino nelle seguenti condizioni:

- anziani e disabili, minori e adulti in condizioni di fragilità, nonché patologie geriatriche con limitazione dell'autonomia
- patologie acute temporaneamente invalidanti trattabili a domicilio

- pazienti in dimissione socio-sanitaria protetta da reparti ospedalieri
- disabilità, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano limitazione della autonomia
- patologie oncologiche in fase avanzata
- patologie HIV correlate in fase avanzata
- patologie in fase terminale.

ART. 4 ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

L'organizzazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata deve prevedere, tanto a livello centrale che periferico, l'istituzione di organismi socio-sanitari integrati tra Azienda Sanitaria Locale ed Enti Locali, in coerenza con le indicazioni del Piano Sanitario Regionale e del Piano Regionale delle Politiche Sociali relative all'integrazione sociosanitaria.

L'accesso al servizio ADI avviene attraverso la PUA , disciplinata da apposito regolamento a cui si rinvia, ed in particolare a seguito della redazione del Piano assistenziale individualizzato , predisposto dalla UVM.

L'Unità di Valutazione Multimensionale è un'équipe professionale, con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi che costituisce l'altro anello operativo strategico in sede locale del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Nello specifico l'A.D.I. , svolge i seguenti compiti :

- effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali dei pazienti/utenti,
- verifica la presenza delle condizioni di eleggibilità come precedentemente indicate,
- elabora il piano assistenziale personalizzato (obiettivi e tipologia, frequenza e durata degli interventi), condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto,
- verifica e aggiorna l'andamento del piano assistenziale individualizzato,
- procede alla dimissione concordata.

L'U.V.M. deve anche programmare e svolgere la progressiva rivalutazione degli utenti già in carico, secondo le modalità integrate, per verificare la sussistenza dei criteri di ammissione e di eleggibilità e provvedere in conseguenza. L'accesso di nuovi utenti all'ADI e le dimissioni avvengono solo a seguito della valutazione sociosanitaria congiunta, nelle modalità negoziate tra ASL e Comuni.

ART. 5

UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIMENSIONALE

L 'unità di Valutazione Multidimensionale è costituita , in ogni distretto ASL, con il seguente personale :

- Coordinatore socio-sanitario
- Medico di MMG e/o Pediatra di libera scelta
- medico specialista interessato per competenza
- n. 1 assistente sociale di provenienza del Comune

ART.6

METODOLOGIA DI LAVORO DELLA U.V.M.

Il Responsabile dell'U.V.M. , verificata la pertinenza della completezza della domanda , al fine di effettuare la valutazione multidimensionale, convoca tutte le figure professionali necessarie a tale scopo.

E' cura di ogni componente dell'UVM, raccogliere e fornire tutte le informazioni aggiuntive utili ad effettuare la valutazione del caso , sia rispetto all'analisi della situazione , che rispetto alla disponibilità di risorse attivabili per l'attuazione del progetto.

La valutazione espressa collega il bisogno della persona e della sua famiglia , con la rete distrettuale dei servizi , nel rispetto della libertà di scelta della persona e degli obiettivi descritti negli strumenti di programmazione aziendale e regionale.

La valutazione espressa non può non tenere conto dell'intensità e della complessità degli interventi, che , per altro, richiedono periodiche verifiche del piano personalizzato di assistenza e riabilitazione .

ART. 7

PROCEDURE, RESPONSABILITA' E TEMPI DELL'U.V.M.

L'UVM si riunisce con cadenza settimanale , presso la sede del distretto . E' da ritenersi non valida qualora alla riunione , sia assente il responsabile .

L'UVM esprime la propria valutazione entro e non oltre 15gg. dal ricevimento della domanda; per i casi urgenti entro 3 gg. dal ricevimento della domanda o segnalazione .

Tutte le attività di valutazione multidimensionale sono documentate mediante appositi moduli e le relative informazioni sono raccolte nel sistema informativo centrale della PUA.

La persona interessata, o chi ne ha titolo, ha facoltà di richiedere la documentazione relativa alla propria valutazione, presentando richiesta motivata e documentata al Responsabile dell'UVM. Il mancato rispetto dei termini o la violazione delle procedure previste dal presente regolamento, vanno segnalate al responsabile dell'UVM

ART. 8 ORGANIZZAZIONE TECNICA DEL SERVIZIO.

Il servizio di assistenza domiciliare è organizzato secondo modalità specifiche e prevede le seguenti figure professionali:

- 1) **Responsabile Distrettuale** con funzioni di organizzazione e coordinamento dei servizi domiciliari a livello di Distretto o dell'Ambito (l.r. 19/2006, R.R 4/2007 L.R. 25/2006)
- 2) **Assistenti Sociali** con funzioni riconducibili a quelle previste nell'ordinamento professionale.
- 3) **Personale sanitario.** Per quanto attiene a ruoli e funzioni del personale sanitario (medico di famiglia, infermiere, fisioterapista, medici specialisti, geriatra, ecc...)
- 4) OSA.e OSS
- 5) **Volontari**, secondo lo specifico dettato legislativo e con coordinamento organizzativo fissato a livello di comune, distretto, ambito. Al fine di garantire attività integrative di welfare leggero saranno sottoscritti appositi protocolli con le realtà del privato sociale.

ART. 9

TIPOLOGIA DEI SERVIZI DI ADI

- ⇒ **ADI a bassa intensità di assistenza domiciliare, rivolta a soggetti non autosufficienti (anche temporaneamente) affetti da patologie in buon compenso globale. Rientrano in questo livello gli interventi di ADI estemporanea.**

Questo livello è caratterizzato da una bassa intensità sanitaria, ma correlato con una elevata intensità e complessità di interventi socio – assistenziali.

La durata della presa in carico è di tempo medio – lungo e prevede:

- assistenza socio – assistenziale con gradi diversi di intensità fino ad una frequenza giornaliera;
- monitoraggio da parte del Medico di medicina generale del quadro clinico di tipo periodico;
- coordinamento del progetto individuale e relativo piano di intervento da parte dell'assistente sociale.

La gestione a livello distrettuale del suddetto intervento è a diretta responsabilità dell'Ente locale, che attraverso il Servizio Sociale di base e il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata garantisce l'attività rivolta a questa tipologia di bisogni.

L'accesso avviene su richiesta diretta della persona o della famiglia o da altri soggetti interessati per conto dell'utente.

⇒ **ADI a media intensità di assistenza domiciliare, rivolto a pazienti multiproblematici affetti da patologie croniche in labile compenso.**

Questo livello è caratterizzato da una media intensità sanitaria per un periodo medio – lungo con presenza del Medico di medicina generale e infermieri professionali; sono previsti accessi medici settimanali, interventi infermieristici plurisettimanali, consulenze specialistiche.

La durata della presa in carico è di tempo medio – lungo e prevede:

- un programma assistenziale personalizzato multidisciplinare con assistenza sanitaria di diversa intensità fino ad una frequenza settimanale o plurisettimanale del Medico di medicina generale;
- assistenza infermieristica e/o riabilitativa per uno o due accessi alla settimana;
- consulenze specialistiche;
- tutela familiare e socio-assistenziale intensa;
- coordinamento del progetto individuale e relativo piano di intervento.

La gestione a livello distrettuale del suddetto intervento è definita da apposito protocollo d'intesa da stipularsi tra l'Azienda USL BR/1 e l'Ambito Territoriale n° 4.

L'accesso avviene su richiesta diretta della persona o della famiglia, del Medico di medicina generale, da parte di reparti ospedalieri (*dimissioni protette*).

⇒ **ADI ad alta intensità di assistenza domiciliare rivolto a:**

- ♦ **soggetti affetti da patologie croniche evolutive (neoplasie, AIDS, malattie neurologiche) nel loro ultimo periodo di vita,**
- ♦ **Pazienti critici (stato di coma, nutrizione artificiale,...)**

Questo livello è caratterizzato da una alta intensità sanitaria e socio – assistenziale per un periodo medio– lungo con presenza del Medico di medicina generale, infermieri professionali, operatori socio – assistenziali e, quando richiesto, assistente sociale.

La durata della presa in carico è di tempo lungo e prevede:

- assistenza sanitaria di diversa intensità fino ad una frequenza plurisettimanale del Medico di medicina generale;
- assistenza infermieristica per diversi accessi alla settimana;
- consulenze specialistiche;
- attività socio –assistenziale fino ad una frequenza giornaliera;
- coordinamento del progetto individuale e relativo piano di intervento da parte del Medico responsabile del caso.

La gestione a livello distrettuale del suddetto intervento è definita da apposito protocollo d'intesa da stipularsi tra l'Azienda USL BR/1 e l'Ambito Territoriale n° 4.

L'accesso avviene su richiesta del Medico di medicina generale, dei reparti ospedalieri e della persona o suoi familiari, da altri soggetti interessati per conto dell'utente.

In relazione alla durata del servizio si distinguono:

A.D.I. a breve termine (circa 3 settimane):

situazioni in cui, dopo un aggravamento delle condizioni sanitarie e/o sociali dell'utente, un progetto attivo di educazione sanitaria, assicurazione e sostegno sono essenziali per mettere in grado la rete familiare di farsi carico dell'assistenza patologie acute in cui l'A.D.I. costituisce alternativa alla ospedalizzazione.

A.D.I. a medio termine (circa 3 mesi):

situazioni in cui un progetto assistenziale personalizzato di più ampio respiro è finalizzato a sostenere il nucleo familiare o la rete solidale in un periodo critico o a promuoverne l'autonomia pazienti in fase terminale.

A.D.I. a lungo termine (6 mesi rinnovabili):

casi in cui l'A.D.I. evita l'ingresso in strutture residenziali, casi in cui l'A.D.I. evita l'ospedalizzazione impropria o ripetuta.

ART. 10

PRESTAZIONI DEL SERVIZIO ADI

Il servizio ADI si attua mediante le seguenti prestazioni :

• **Socio – assistenziali**

- assistenza sociale
- assistenza domestica per lo svolgimento delle attività quotidiane
- assistenza abitativa, compresa quella rivolta all'eliminazione delle barriere architettoniche
- assistenza economica

Le prestazioni sopraindicate consistono in :

- attività di segretariato sociale
- svolgimento di pratiche amministrative
- sostegno alle relazioni interpersonali (organizzazioni di visite ed incontri di amici e parenti presso le dimore delle persone che usufruiscono del servizio ed altri interventi finalizzati

- accompagnamento e mobilitazione
- aiuto domestico (pulizia della casa , rifacimento letto, riordino di indumenti e biancheria)
- aiuto nella preparazione dei pasti e/o somministrazione pasti
- assistenza economica ed in natura (fornitura di generi alimentari, indumenti e biancheria etc)
- ogni prestazione che favorisca la realizzazione e l'integrazione degli interventi di natura sanitaria (assistenza infermieristica, medica e riabilitativa);

2. sanitarie

- prestazioni socio – sanitarie integrate
- igiene alla persona;
- visite domiciliari programmate dal medico di medicina generale;
- visite d'urgenza da parte del servizio di guardia medica competente territorialmente;analisi a domicilio e prestazioni diagnostiche eseguibili;
- consulenze specialistiche domiciliari;
- consulenza psicologica;
- cure e riabilitazione domiciliari e day hospital;
- cure infermieristiche e farmacologiche a domicilio ed in regime di day hospital;
- fornitura di particolari presidi sanitari (medicinali, protesi, modesta attrezzatura medica, ecc)

NON vengono inviati alla valutazione completa i pazienti che presentano esclusivamente richiesta di :

- ❖ informazione
- ❖ ricovero ospedaliero
- ❖ prelievo domiciliare
- ❖ ciclo di terapia iniettiva domiciliare i. m.
- ❖ clistere
- ❖ addestramento alla somministrazione di insulina (durata intervento non superiore a 5 gg lavorativi) salvo particolari situazioni di disagio sociale;
- ❖ ciclo di mantenimento di terapia della riabilitazione senza ulteriori prestazioni; la valutazione va comunque eseguita in occasione dl primo ciclo;
- ❖ cambio catetere

❖ piaghe da decubito

In tutti questi casi le richieste vanno immediatamente orientare all'erogatore prescelto ed autorizzate e controllate dal responsabile della PUA del Distretto ed archiviate.

ART 11

CRITERI DI AMMISSIONE E DI ELEGGIBILITÀ

L'accesso all'A.D.I. deve essere subordinata ad una valutazione integrata accertante la presenza contemporanea dei seguenti requisiti o condizioni di eleggibilità generali:

- ridotta autosufficienza temporanea o protratta (criterio di appropriatezza), la sussistenza di tale requisito deve essere certificata da attestazione medica e, preferibilmente, definita in maniera precisa e standardizzata attraverso l'uso di apposite scale di valutazione, validate sul piano scientifico;
- necessità di assistenza esclusivamente primaria (criterio di appropriatezza), cioè assenza di condizioni patologiche di alto rischio o della necessità di interventi altamente specialistici o di tecnologie complesse, che impongono il ricovero ospedaliero o l'attivazione di altri servizi specialistici;
- complessità assistenziale del paziente (criterio di appropriatezza), ovvero la presenza di bisogni complessi che richiedono contemporaneamente prestazioni sanitarie ed interventi socio-assistenziali da parte di un'équipe multiprofessionale o, quantomeno, di interventi socio-sanitari integrati domiciliari (assistenza tutelare e aiuto infermieristico);
- possibilità di garantire adeguato supporto alla persona o la presenza di un nucleo familiare o di una rete solidale (vicinato, volontariato, ecc.) e di prestazioni di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico" per la cura del soggetto;
- idoneità delle condizioni abitative, o possibilità di renderle tali con interventi di assistenza abitativa. Sarebbe opportuno che quest'aspetto o condizione, come il precedente, venisse rilevato tramite schede di valutazione sociale standardizzate, che valutino la situazione familiare e di integrazione sociale dell'assistito, la sua situazione assistenziale, abitativa, economica, ecc.;
- economicità dell'assistenza, il costo complessivo dell'assistenza domiciliare integrata, al netto della quota di partecipazione dell'utente, non deve essere superiore a quello dell'assistenza in regime residenziale;

- residenza, sono ammessi al servizio i residenti in uno dei comuni dell'ambito territoriale. La residenza rappresenta il riferimento per l'attribuzione dei costi sociali e sanitari rispettivamente al Comune di residenza/all'Ambito territoriale ed al Distretto sanitario;

- condizione economiche e compartecipazione ai costi degli utenti, gli utenti sono ammessi al servizio indipendentemente dalle condizioni economiche individuali o familiari. Sulla base della valutazione delle condizioni economiche effettuata attraverso l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), si definisce la quota di compartecipazione degli utenti al costo del servizio per la parte relativa ai costi socioassistenziali attribuiti ai comuni. Pur in assenza di specifica regolamentazione regionale in materia i Comuni potranno procedere ad una prima definizione dei criteri per la compartecipazione alla spesa, in attesa di direttive regionali in materia. Dovrà essere stabilita una soglia economica, corrispondente a situazioni di disagio economico grave quale la condizione di povertà, sotto la quale non è richiesta agli utenti alcuna compartecipazione ai costi. Per le persone e le famiglie che presentano una condizione economica superiore a tale soglia vanno previste quote crescenti di compartecipazione ai costi, individuando le diverse fasce economiche e la percentuale di compartecipazione da applicare a ciascuna.

ART 12 COMPARTECIPAZIONE FINANZIARIA

Ai fini della erogazione di prestazioni relative all'assistenza domiciliare , verificate le condizioni finanziarie dei soggetti interessati, sono tenuti alla compartecipazione alla spesa sociale, anche se non conviventi, i soggetti obbligati ai sensi dell' art. 433 e ss codice civile .

Le modalità e l'erogazione del servizio sono comunque subordinate alle risultanze del modello di dichiarazione sostitutiva dell'ISEE (indicatore della situazione economica equivalente , D.Lgs. n. 109/98) che va obbligatoriamente compilato in caso di richiesta del servizio .

La misura della compartecipazione alla spesa viene determinata secondo le norme del **Regolamento unico per l'accesso alle prestazioni sociali** .

Tabella degli importi di compartecipazione alla spesa					
fascia	Valore ISEE		% di compartecipazione	(*) costo orario della prestazione a carico dell'utente	
	da	A			
1	€ 0,00	€ 7.500,00	0,00%	€	0,00
2	€ 7.500,01	€ 9.375,00	25,00%	€	3,08
3	€ 9.375,01	€ 11.250,00	50,00%	€	6,15
4	€ 11.250,01	€ 13.125,00	75,00%	€	9,23
5	€ 13.125,01	€ 30.000,00	100,00%	€	12,30

ART 13

CESSAZIONE, SOSPENSIONE E RIDUZIONE DELLE ATTIVITA' DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Le attività di assistenza domiciliare cessano in caso di :

- richiesta dell'utente
- decesso del medesimo
- ricovero definitivo presso strutture di ospitalità
- completamento del programma assistenziale
- qualora vengano meno i requisiti di ammissione .

Le attività di assistenza domiciliare possono essere sospese in caso di assenza temporanea dell'utente dal territorio.

Il piano assistenziale individuale disciplina le modalità operative in caso di ricovero provvisorio dell'utente in strutture residenziali o in ospedale e le eventuali scelte organizzative atte ad integrare la funzione sociale con quella sanitaria.

Le attività di assistenza domiciliare possono altresì subire una riduzione in circostanze particolari da valutarsi caso per caso dal servizio sociale .

Il provvedimento di cessazione e/o sospensione del servizio è assunto dal responsabile dei servizi sociali del Comune che ne dà tempestiva comunicazione alla PUA .

Capitolo III

LE SCELTE STRATEGICHE PER L'ASSETTO GESTIONALE E ORGANIZZATIVO DELL'AMBITO

IL PERCORSO DELL'ASSOCIAZIONISMO INTERCOMUNALE

La gestione associata dei servizi sociali costituisce una forma organizzativa per la gestione unitaria dei servizi sociali dei Comuni dell'Ambito. La sua dimensione ottimale di riferimento comprende tutti i Comuni dell'Ambito sociale e il suo obiettivo strategico è quello di garantire in modo efficiente ed omogeneo i livelli essenziali delle prestazioni sociali in tutto il territorio.

La gestione associata non è dunque un obiettivo in sé, ma è lo strumento per disporre di una dimensione demografica ed economica adeguata atta a sostenere la pianificazione sociale ed una organizzazione che garantisca, senza sprechi, tutti i servizi previsti nel piano.

La gestione associata, inoltre, viene considerata come l'unica strada per garantire una gestione unitaria del Piano di zona, per garantire una distribuzione uniforme dei servizi in tutto il territorio (anche nei comuni più piccoli che da soli non ne avrebbero mai la forza), per sviluppare economie di scala e per sviluppare e qualificare i servizi sociali del territorio.

La gestione associata dei servizi sociali da parte dei comuni è ritenuta necessaria per raggiungere la dimensione demografica ed economica atta a garantire i livelli essenziali delle prestazioni sociali e l'uso ottimale delle risorse. La gestione associata coinvolgerà tutti i comuni dell'ambito, un risultato non sempre facile, ma ottenibile, così come ampiamente sperimentato nel decorso triennio. Questo è l'unico sistema per garantire in tutti i comuni dell'ambito uguali regole e pari condizioni di accesso ai servizi previsti nei livelli essenziali e la loro gestione unitaria.

Naturalmente questo risultato deve essere perseguito e raggiunto non con atti di imperio, ma con un percorso di partecipazione che presuppone il consenso comunale e la gradualità come requisiti imprescindibili.

L'Associazione dei Comuni garantirà che l'esercizio delle funzioni amministrative in materia sociale, di cui ciascun Comune è titolare, avvenga attraverso:

- la condivisione del sistema di regole, dell'organizzazione dei servizi e l'accesso degli utenti;
- la condivisione delle risorse economiche, professionali e strutturali;
- la condivisione delle procedure di gestione amministrativa e contabile, di monitoraggio e di rendicontazione.

Tale gestione associata viene formalizzata mediante la stipula di una "Convenzione" che definisce ruoli, funzioni e compiti del Comune capofila e degli altri Comuni aderenti.

Non avendo la "convenzione" personalità giuridica, la gestione viene effettuata, tramite conferimento di delega al Comune capofila.

Tutte le decisioni e le scelte politiche, pertanto, che vengono elaborate dagli organi politico-decisionali della "convenzione" sono attuati tramite gli organi politici e tecnici del Comune capofila, previa approvazione dal Coordinamento Istituzionale.

Le risorse economiche vengono conferite al Comune capofila che le iscrive nelle entrate e nelle uscite del proprio bilancio e ne gestisce l'utilizzo.

I rapporti tra i 9 Comuni, ad ogni buon conto, sono regolati dalla "convenzione" che costituisce l'atto preliminare di tutto il processo programmatico e attuativo del Piano sociale di zona.

Attraverso tale "convenzione" i Comuni sanciscono la gestione associata dei servizi e definiscono le finalità generali della gestione associata, la tipologia dei servizi e degli interventi ricadenti nella stessa, la loro durata, le forme e la periodicità delle consultazioni tra i contraenti, i rapporti finanziari fra loro intercorrenti, i reciproci obblighi e garanzie, le modalità di coordinamento nell'esercizio delle funzioni, le modalità di attribuzione del coordinamento organizzativo e amministrativo dei contraenti, della gestione dei servizi e degli interventi.

La rappresentanza legale nei rapporti con i terzi ed, eventualmente, in giudizio sono assunti dal Comune capofila che, sulla base di quanto formalizzato in convenzione e per il tramite dell'Ufficio di Piano cura l'esecuzione delle deliberazioni del Coordinamento istituzionale ed attiva le azioni ritenute necessarie al fine di consolidare la collaborazione tra gli enti convenzionati e il partenariato sociale.

Ciascuno degli enti associati si impegna ad assicurare l'omogeneità della propria struttura interna alle caratteristiche organizzative e funzionali del Piano di Zona.

Gli enti si impegnano, altresì, ad assicurare la massima collaborazione nella gestione dei servizi.

In sede di approvazione del Piano di Zona e del relativo Bilancio Sociale, sono determinate le quote di spesa poste a carico dei comuni associati e fissate le modalità di trasferimento al Comune capofila.

UFFICIO DI PIANO

L'Ufficio di Piano : dotazione di risorse umane, ruoli e funzioni, i flussi informativi ed i nessi procedurali tra U.d.P. e Comuni , azioni di potenziamento :

L'Ufficio di Piano è la struttura organizzativa che collabora con il Coordinamento Istituzionale dell'Ambito per la redazione della proposta del Piano di Zona.

L'Ufficio di Piano provvede ai servizi/interventi assegnati dal Coordinamento Istituzionale al Comune gestore.

La dotazione organica dell'Ufficio di Piano comprende l'insieme dei posti a tempo pieno e a tempo parziale, distinti per categorie e per profili professionali. Nella definizione dell'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano le amministrazioni interessate si impegnano ad individuare in modo puntuale l'apporto stabile e continuativo in termini di risorse umane, espresso in giornate/uomo oppure in ore/uomo, per il funzionamento dell'Ufficio di Piano, ovvero delle risorse economiche necessarie per le risorse umane acquisite dall'eterno.

La composizione dell'Ufficio e le eventuali variazioni alla dotazione organica del personale sono oggetto del Regolamento per il funzionamento dell'Ufficio di Piano deliberato dal Coordinamento Istituzionale.

Il regolamento definisce la responsabilità funzionale ed organizzativa del Responsabile dell'Ufficio di Piano nei confronti del personale addetto, fermo restando la dipendenza amministrativa e i vincoli dello stato giuridico propri di ogni Amministrazione di riferimento.

Gli Enti aderenti costituiscono con la presente Convenzione, ex art. 30, 4° comma, del D.Lgs.n. 267/2000, un ufficio comune denominato Ufficio di Piano, quale struttura di coordinamento intercomunale a natura-amministrativa.

L'Ufficio di Piano è dotato delle risorse umane in numero adeguato a rispondere al fabbisogno di competenze tecniche e di capacità professionali necessarie per svolgere efficacemente ed efficientemente le funzioni e i compiti assegnati all'ufficio stesso.

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano nominato dal Coordinamento Istituzionale assume la responsabilità del funzionamento dell'ufficio stesso, assolvendo, principalmente, a funzioni di direzione e coordinamento dell'ufficio.

La durata, della nomina del Responsabile dell'Ufficio di Piano è di anni 3.

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano sovrintende a tutte le attività necessarie per il buon funzionamento dell'ufficio stesso.

Ed in particolare:

- a) Garantisce, su tutto il territorio dell'ambito, una programmazione condivisa ed una regolamentazione omogenea della rete dei servizi sociali;
- b) Segue l'esercizio delle funzioni attribuite all'Ufficio di Piano, interpellando direttamente, se necessario, gli Uffici o i Responsabili degli interventi di competenza;
- c) È responsabile dell'attuazione dei programmi affidati all'Ufficio di Piano, nel rispetto delle leggi, delle direttive regionali, degli indirizzi ricevuti dal Coordinamento Istituzionale;
- d) Promuove la definizione di Accordi di Programma e Convenzione con altri enti;
- e) Sollecita le Amministrazioni o gli Uffici in caso di ritardi o di inadempimenti;
- f) Indice le Conferenze di servizi;
- g) Coordina i Responsabili degli interventi che prendono in carico direttamente tutti i provvedimenti connessi ai compiti e alle attività delle funzioni amministrative affidate al Piano di Zona.

Il Responsabile deve, inoltre, porre particolare cura affinché l'attività dell'Ufficio di Piano sia improntata al conseguimento degli obiettivi indicati nell'art. 4 della presente Convenzione.

Al Responsabile compete l'adozione degli atti e provvedimenti amministrativi concernenti il Piano di Zona, secondo quanto disposto dalla presente Convenzione, compresi tutti gli atti che impegnano gli enti convenzionati verso l'esterno, la gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, ivi compresi autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo, con annessa responsabilità, in via esclusiva, per il conseguimento dei risultati, nell'ambito dei programmi e degli atti d'indirizzo definiti dal Coordinamento Istituzionale.

L'U.d.P. svolge la funzione di gestione degli interventi e delle attività previste nel P.d.Z. e la funzione di supporto tecnico e di coordinamento dei soggetti che concorrono alla realizzazione del P.d.Z.

L'U.d.P. deve presiedere il livello progettuale attivando risorse e strumenti per l'analisi delle attività nel campo sociale, provvedendo all'aggiornamento e al monitoraggio delle priorità di intervento, alla progettazione e alla proposta di sperimentazioni di nuove prestazioni e servizi da gestire.

L'U.d.P. deve caratterizzarsi come una struttura stabile ma aperta a collaborazioni mirate e a consulenze specialistiche a partire dalla piena valorizzazione delle risorse presenti sul territorio.

L'U.d.P. deve mantenere uno stretto raccordo con i Comuni dell'Ambito, fornendo consulenza, informazione, periodico aggiornamento sull'attività svolta, documentazione utile agli operatori amministrativi che garantiranno in ciascun comune un servizio di segretariato sociale e di prima informazione all'utente.

L'U.d.P. deve mantenere uno stretto collegamento con i servizi delegati all'ASL e con i servizi specialisti afferenti all'area socio – sanitaria.

L'U.d.P. deve garantire il raccordo e il funzionamento di tutte le attività a gestione associata.

L'Ufficio di Piano ha, in particolare, le seguenti competenze:

- a) Predisporre gli atti per l'organizzazione dei servizi e per l'affidamento di essi ai sensi della **Legge n. 19/2006**, sulla base degli indirizzi forniti dal Coordinamento istituzionale;
- b) Provvedere alle attività di gestione per l'attuazione del Piano di Zona;
- c) Predisporre i Protocolli d'Intesa e gli altri atti finalizzati a realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali;
- d) Organizzare la raccolta delle informazioni e dei dati al fine della realizzazione del sistema di monitoraggio e valutazione;
- e) Predisporre tutti gli atti necessari all'assolvimento, da parte del soggetto gestore dell'obbligo di rendicontazione relativo al servizio/intervento assegnato;
- f) Sviluppare tutte le attività necessarie al supporto dei soggetti responsabili della gestione dei servizi in forma associata;
- g) Formulare proposte, indicazioni e suggerimenti diretti al Coordinamento Istituzionale in tema di iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori, gestione ed eventuale rimodulazione delle attività previste dal Piano di Zona, acquisizione di diverse competenze o nuove figure professionali per l'espletamento dei propri Compiti;
- h) Relazionare annualmente al Coordinamento Istituzionale sullo stato attuazione del Piano di Zona con l'indicazione del livello di attuazione e del grado di soddisfazione dell'utenza;
- i) Esercitare le attività di controllo e vigilanza sui servizi.

TERRITORIO E GOVERNANCE

Il termine governance, fino a non molti anni fa inutilizzato, ha ultimamente, conosciuto un rapido sviluppo e oggi trova applicazione in molti ambiti: dalla politica all'economia alle relazioni internazionali.

Che cos'è, dunque, la governance? Perché questo concetto ha conosciuto un così largo e rapido sviluppo?

Dal punto di vista lessicale, la parola governance è sempre esistita in inglese e francese con riferimento all'idea di governo in quanto attività, a fronte proprio del termine governamet riguardante invece l'istituzione che esercita il governo .

Con questa accezione ristretta, il termine è per lungo tempo rimasto circoscritto all'ambito costituzionale e giuridico, concernente la conduzione degli affari di stato oppure la direzione di istituzioni caratterizzate dalla molteplicità degli attori, per le quali l'uso del termine governo risultava restrittivo. Da una quindicina d'anni, tuttavia, esso ha superato questi confini ristretti ed ha assunto un significato e un campo di applicazione più estesi.

Nell'idea di governo è centrale il ruolo dell'attore pubblico, l'idea della governance prefigura una modalità di intervento che coinvolge un insieme complesso di attori, basato sulla flessibilità, sulla partnership e sulla volontarietà della partecipazione.

Diversi soggetti, anche non istituzionali, hanno la possibilità di avere un ruolo attivo nella definizione delle scelte e delle azioni di interesse collettivo: sono molti i possibili attori che possono intervenire.

In questa prospettiva la governance viene interpretata come una modalità d'azione rivolta verso l'istituzione di tavoli di concertazione dove, più che la gerarchia delle competenze predefinite, conta la costruzione degli interessi in gioco, delle attese e delle internazionalità espresse dai diversi soggetti.

Occorre riconoscere che la nozione di governance si presenta come un utile e interessante strumento per identificare una nuova situazione, caratterizzata dalla molteplicità di forme di regolazione e dalla frammentazione del potere tra i vari livelli che compongono gli attuali sistemi politico – amministrativi, economici e sociali.

L'antica formula politica e istituzionale dello Stato Nazione non esiste più, ma esistono i diversi attori, istituzionali e non, che fanno sì che i servizi vengano forniti al meglio a tutti i cittadini, tramite sempre la concertazione e l'utilizzo della progettualità.

Gli strumenti tradizionali di regolazione non sono, infatti, più sufficienti per raggiungere determinati scopi specialmente in un quadro, come quello attuale, caratterizzato da risorse pubbliche decrescenti. Da ciò emerge la necessità di passare ad una strategia più complessa e partecipata di governo dello sviluppo, sperimentando forme di governante, per l'appunto, capaci di coordinare i vari livelli istituzionali, di dar vita a relazioni tra pubblico e privato di tipo innovativo e di mobilitare le energie presenti nelle società locali.

L'incrociarsi di questi processi ha dato origine a profonde trasformazioni inerenti alle modalità d'azione dei governi locali e al ruolo dei vari attori sociali all'interno di esse.

Il concetto di governance urbana si presenta come una sorta di sintesi di queste trasformazioni e si configura come il tentativo di agganciare il paradigma della governance ad un preciso ambito territoriale, integrando i cambiamenti politici, economici e sociali occorsi nelle città nell'ultimo ventennio.

L'ipotesi che si può formulare è che la governance, nel campo del governo del territorio funzioni, e funzioni bene, là dove esistono due condizioni:

1. gli attori privati che si coinvolgono nel progetto comune, esprimono interessi nel cui ambito la valorizzazione delle proprietà immobiliari svolge un ruolo marginale;
2. gli attori pubblici che promuovono la governance, e quindi in qualche modo la “governano”, sono soggetti forti, autorevoli, competenti, efficaci ed efficienti.

Alcuni individuano sei dimensioni costitutive e fondamentali della governance urbana e territoriale:

- Il ruolo dell'azione pubblica, che ridefinisce il ruolo del soggetto pubblico, esso diventa un soggetto che deve interagire con gli altri soggetti pur mantenendo un ruolo di pilotage delle interazioni;
- La definizione degli obiettivi, avviene in modo concertato, deve derivare da una interazione tra i soggetti che partecipano;
- L'orientamento alla strategia ovvero il collegamento tra le singole azioni in una strategia complessiva;
- La dimensione della integrazione interna, ovvero la capacità di integrare le organizzazioni, gli attori, i gruppi sociali, i diversi interessi interni ad un certo ambito territoriale per elaborare una strategia comune;
- La dimensione dell'integrazione esterna;
- La dimensione della territorializzazione dell'azione collettiva, cioè il riferimento ad uno specifico territorio.

L'aspetto importante è la centralità del territorio: Possiamo leggere quindi la governance, e la sua applicazione in Italia, anche come un tentativo di coinvolgere nel meccanismo delle decisioni sul territorio soggetti diversi, i quali tutti concorrono ai processi di trasformazione e utilizzazione dello spazio, ma non solo adeguatamente riconosciuti nel meccanismo definito dalle procedure vigenti.

Nell'affrontare questo tema occorre però partire da una consapevolezza. Non è vero che tutti gli attori sono uguali. Ogni attore esprime un interesse e non tutti gli interessi devono avere la stessa rilevanza. Non è vero che si garantisce l'interesse generale se si assegna lo stesso peso, attorno alla stessa tavola, a portatori d'interessi generali e a portatori di, sia pur legittimi, interessi parziali.

La partecipazione dei cittadini nelle politiche e nei programmi d'intervento su materie che li riguardano costituisce ormai un richiamo obbligato in diversi campi. Politiche urbane, soprattutto, ma anche indirettamente nelle politiche sociali orientate all'attivazione dei destinatari, come nel campo del lavoro, del reddito minimo e della povertà.

Altrettanto insito è il richiamo alla partnership ed è spesso quest'ultima che si candida a tradurre in pratica l'obiettivo della partecipazione.

Il sistema di governance, quindi, nel nostro piano sociale di zona coinvolge i diversi attori pubblici, Stato, Regione, Comuni, ASL e privati, terzo settore, privato sociale, ecc.. tutti tendenti a raggiungere un unico obiettivo: governare bene e meglio e soprattutto insieme per fornire sempre più servizi di qualità agli utenti tutti.-

Con il secondo piano sociale ci si propone ancora di più di passare dagli ultimi retaggi di government, ad una prospettiva di governance (attività di governo svolta attraverso la mobilitazione di una serie di soggetti pubblici di privato sociale, nella società civile).

Si è passati, altresì, ad una programmazione in modo congiunto anche con l'Azienda Sanitaria Locale, non più nella logica della delega, ma in quella dell'integrazione di governance operativa a livello territoriale, attraverso l'individuazione di protocolli che dovranno dare risultati importanti per il cittadino, nell'ottica dell'integrazione tra il sociale ed il socio sanitario.

Per questo motivo, con l'approvazione di questo importante documento, possiamo dire che le politiche sociali, si collocano al centro del programma di governo della città e si attivano attraverso una rete estesa, capace di comprendere le istituzioni, le famiglie e le reti informali, il volontariato diffuso, il terzo settore, le imprese e i singoli cittadini, tutti coinvolti in un processo per "portare aiuto" (auxilium ferre) al Comune che, per primo, è responsabile della partecipazione personale e collettiva dei suoi consociati, rispettando sempre l'ordine logico della solidarietà orizzontale: dal singolo cittadino alle istituzioni, passando gradatamente per tutte le "formazioni sociali" nelle quali si sviluppa la persona umana (art. 2 della Costituzione).

Non è possibile, infatti, affrontare la complessità e la pluralità di espressioni proprie di un paese senza la collaborazione convinta e costante di tutti i soggetti che in essa operano.

La collaborazione che il Comune garante dei diritti della persona, regista e primo responsabile intende sviluppare, nell'attuazione di questo 2° piano sociale di zona, ha bisogno di condividere con i soggetti che vi partecipano il metodo, le risorse ed i rischi. Ciò permette di creare un sistema di relazioni e di reti capace di esprimere, in modo del tutto originale, le domande sociali e le risposte adeguate, di attuare interventi dinamici, personalizzati e flessibili.

Il concetto di "rete" è il perno fondamentale di questo piano di zona: la rete si attuerà attraverso l'introduzione, in collaborazione con le altre istituzioni pubbliche, l'ASL e il terzo settore, di una pluralità di segretariati sociali quali parti unitarie di accesso al sistema dei servizi.

Lo scopo dichiarato è quello di migliorare la capacità di informazione, orientamento ed accoglienza dei cittadini, favorendo la fruizione di tutti i servizi attivi sul territorio promuovendo anche forme partecipative e di mutuo/ aiuto per sviluppare, quindi un rapporto sempre più diretto con i cittadini.

Fare rete con tutte le realtà presenti sul territorio, ci permetterà di raggiungere il maggior numero di famiglie, di ottimizzare al meglio le risorse sia economiche che umane e di attivarne anche di nuove.

Capitolo IV

LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA



REGIONE PUGLIA
AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE
DELLE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITA'
SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E INTEGRAZIONE
Budget complessivo del Piano Sociale di Zona



PIANO SOCIALE DI ZONA - SCHEDE E PROSPETTI PER LA PROGRAMMAZIONE

PROVINCIA DI	BRINDISI
AMBITO TERRITORIALE DI	Messagne
BUDGET DISPONIBILE	€ 21.605.850,23

FNPS 2006-2009	€ 3.668.911,76
FGSA 2007	€ 418.530,06
FGSA 2008	€ 447.460,15
FGSA 2009	€ 394.960,46
FNA 2007-2009	€ 836.549,68
RISORSE PROPRIE 2010-2012	€ 14.885.791,78
RESIDUI STANZIAMENTO	€ 953.646,34
RISORSE ASL	
RISORSE PROVINCIA	
<i>ALTRE (indicare)</i>	€ 0,00
<i>ALTRE (indicare)</i>	
<i>ALTRE (indicare)</i>	
<i>ALTRE (indicare)</i>	

Capitolo V

LA PROGETTAZIONE DI DETTAGLIO

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 x 2011 x 2012 x

AMBITO Territoriale n.4 MESAGNE

PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: WELFARE D'ACCESSO

- SERVIZI DOMICILIARI
- SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
- SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
- SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
- MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI

Obiettivo di servizio: SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo: 01

Denominazione servizio: Servizio Sociale Professionale

Indicare **Art. di rif. del r. 4/2007**: 86

Destinatari finali: Tipologia di utenti : la Comunità intera

n. utenti

106.463

Obiettivi del servizio

Il Servizio Sociale professionale è un servizio aperto ai bisogni di tutta la comunità, finalizzato ad assicurare prestazioni necessarie a prevenire, ridurre e/o rimuovere situazioni problematiche o di bisogno sociale dei cittadini.

L'attenzione prioritaria è rivolta ai soggetti più deboli ed emarginati.

Principali attività previste

Le prestazioni del Servizio Sociale Professionale sono:

- La lettura e la decodificazione della domanda sociale;
- La presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale;
- La predisposizione di progetti personalizzati;
- L'attivazione e integrazione dei servizi e delle risorse in rete;
- L'accompagnamento e l'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione.

Il S.S.P. è trasversale ai vari servizi specialistici svolge uno specifico ruolo nei processi di pianificazione e coordinamento della rete dei servizi sociali e socio-sanitari; assume un ruolo di interventi professionali proprio ed eroga prestazioni di informazione, consulenza e aiuto professionale.

Rispetto alle tipologie di intervento si distingue:

- Servizio di segretariato sociale;
- Gestione sociale del caso (case-management);
- Osservazione, pianificazione, direzione e coordinamento delle politiche socio-assistenziali e socio-sanitarie.

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

Assistenti Sociali

Soggetto titolare¹ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

Soggetto titolare : Ambito territoriale n. 4

Localizzazione del servizio: singoli Comuni dell'Ambito

Modalità di gestione del servizio

gestione in economia (Comuni dell'Ambito)

gestione diretta con affidamento a terzi

(specificare procedure di affidamento_____)

delega a soggetto terzo (specificare _____)

altra modalità di gestione (specificare _____)

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): Euro 37.893,55

¹ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane	Euro 37.893,55
- attrezzature	Euro
- utenze e consumi	Euro
- altri costi generali di gestione	Euro

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 x 2011 x 2012 x

AMBITO territoriale n. 4 di Mesagne

PROV. di Mesagne

Informazioni generali

Ambito di intervento: x **WELFARE D'ACCESSO**

- SERVIZI DOMICILIARI**
- SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO**
- SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA**
- SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI**
- MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI**

Obiettivo di servizio: SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo: 02

Denominazione servizio: Servizio di Segretariato Sociale

Indicare **Art. di rif. del r. r. 4/2007**: n. 83

Destinatari finali: Tipologia di utenti: cittadinanza

n. utenti

106.463

Obiettivi del servizio

Il Servizio di **Segretariato Sociale** opera come sportello unico per l'accesso ai servizi socio-assistenziali e socio- sanitari o sportello di cittadinanza.

Aiuta il cittadino ad individuare il problema quando questo non presenta la necessità di essere preso in carico dal Servizio Sociale professionale.

Principali attività previste

Il Segretariato Sociale svolge attività di:

- informazione
- accoglienza
- accompagnamento
- ascolto
- orientamento sui diritti di cittadinanza con caratteristiche di gratuità.

Il Segretariato Sociale collabora con le Associazioni di Volontariato e Patronati coordinandone gli interventi.

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

- Assistenti Sociali
- Personale in possesso di specifiche competenze relazionali e conoscenza del territorio.

Soggetto titolare² ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

Soggetto titolare : Ambito territoriale n. 4

Localizzazione del Servizio: singoli Comuni dell'Ambito

Modalità di gestione del servizio

gestione in economia (Assistenti Sociali dei singoli Comuni)

gestione diretta con affidamento a terzi

(specificare procedure di affidamento_____)

delega a soggetto terzo (specificare _____)

altra modalità di gestione (specificare _____)

² Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): Euro

MACROVOCI DI SPESA

- | | |
|------------------------------------|------|
| - risorse umane | Euro |
| - attrezzature | Euro |
| - utenze e consumi | Euro |
| - altri costi generali di gestione | Euro |

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 X 2011 x 2012 x

AMBITO TERRITORIALE N. 4 DI MESAGNE

PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: x WELFARE D'ACCESSO

- SERVIZI DOMICILIARI
- SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
- SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
- SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
- MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI

Obiettivo di servizio: x SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo: 03

Denominazione servizio: Porta Unica d'Accesso (P.U.A.)

Indicare Art. di rif. del r. r. 4/2007: n. 3

Destinatari finali: Tipologia di utenti :la cittadinanza

n. utenti
106.463

Obiettivi del servizio

L'accesso al sistema integrato dei servizi è garantito da **Porte Uniche di Accesso** (PUA), in raccordo con la ASL con modalità atte a promuovere la semplificazione nell'accesso per gli utenti, l'unicità del trattamento degli utenti e connessi al caso, l'integrazione nella gestione del caso, la garanzia per l'utente di un termine certo per la presa in carico dello stesso.

Le Porte Uniche di Accesso operano sia per il complesso dei servizi sociali che per i servizi socio-sanitari.

Nell'ottica della unitarietà degli interventi il welfare d'accesso garantisce la presenza di spazi pubblici di immediato e facile accesso che soddisfino il bisogno del cittadino ad avere informazioni immediate e complete sui diritti esigibili e sulle risorse del territorio, ogni qual volta che situazioni personali e/o familiari richiedono interventi di carattere socio-sanitario.

La finalità precipua è quella di permettere la realizzazione di una dinamica circolare in cui a girare sono i flussi informativi e non gli utenti, ai quali peraltro si garantirà un referente, individuato nel profilo professionale dell'Assistente Sociale case-manager, per l'accompagnamento durante il percorso individuale programmato.

Principali attività previste

L'Ambito territoriale e la ASL, attraverso un protocollo operativo unico:

- Accolgono la richiesta dell'utente inoltrata;
- Decodificano il bisogno;
- Effettuano l'indagine sociale;
- Attivano l'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) per la predisposizione del progetto personalizzato;
- Verificano periodicamente l'andamento dell'intervento;
- Individuano il responsabile del caso per garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dal progetto personalizzato.

L'Ambito territoriale e l'ASL definiscono con proprio regolamento l'organizzazione delle Porte Uniche d'Accesso.

1° Livello operativo periferico

Tale livello, ubicato in ogni comune dell'ambito (presso uffici comunali e/o presso uffici ASL) è garantito da assistenti sociali del distretto socio-sanitario e da assistenti sociali incaricate dai comuni afferenti, coadiuvati da istruttori amministrativi polifunzionali. Si identifica con gli ***sportelli di cittadinanza e segretariato sociale*** ed è finalizzato a fornire al cittadino risposte univoche sul sistema unitario dei servizi sociosanitari di ambito.

In particolare, la PUA di 1° livello esprime in senso metaforico il concetto di "ingresso del cittadino nella rete di servizi" sottendendo un "sistema unitario di accoglienza della domanda" ed in grado di garantire:

- unitarietà di accesso;
- capacità di ascolto;
- funzione di orientamento;
- funzione di filtro;
- funzioni di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse;

- funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi.

Il Servizio, collocato nel punto più vicino al cittadino, è in grado di garantire un sistema di accoglienza della domanda, fornendo simultaneamente quelle opportunità in termini di servizi che la rete locale, interagendo, è in grado di fornire.

Il 1° livello periferico si configura nelle seguenti azioni:

ATTIVITÀ DI FRONT OFFICE con azioni dirette al cittadino in tempo reale attraverso:

- ✓ informazione e diffusione di notizie di carattere generale
- ✓ raccolta della domanda avanzata dal cittadino;
- ✓ istruttoria di istanza per l'accesso alle prestazioni di competenza dei servizi socioassistenziali dell'Ente;
- ✓ azioni di orientamento e accompagnamento per l'attivazione delle risorse esistenti per il soddisfacimento del bisogno espresso dal cittadino;

ATTIVITA' DI BACK OFFICE con azioni dirette al monitoraggio e valutazione con aggiornamento periodico, nonché con l'attività di restituzione dati della PUA attraverso:

- ✓ monitoraggio della domanda;
- ✓ monitoraggio e ricerca del sistema locale di offerta dei servizi formali ed informali;
- ✓ raccolta e diffusione dati sullo stato globale dei servizi;
- ✓ alimentazione continua (in termini di informazioni su normative, risorse esistenti, opportunità di intervento) degli sportelli territoriali di segretariato sociale - restituzione dati e valutazioni per l'attività di programmazione ed orientamento politico;

Lo Sportello di cittadinanza e Segretariato sociale implicherà, pertanto, l'utilizzo di un sistema informativo (schede, mappe servizi, raccolta dati) e telematico che si andrà ad integrare con la PUA di 2° livello.

2° Livello operativo centrale

La PUA di 2° livello, ubicata presso il Distretto socio-sanitario, rappresenta la sede dove viene definito il progetto socio-sanitario personalizzato e della presa in carico integrata del cittadino/utente,

sulla base delle richieste di prestazioni socio sanitarie compartecipate provenienti dagli sportelli operativi di 1° livello.

STRUMENTI OPERATIVI

L'accesso al servizio, attraverso la PUA di 1° livello, viene effettuata tramite un apposito modulo denominato "scheda di proposta per l'accesso", contenente in forma schematica domande chiuse tali da consentire l'elaborazione informatica dei seguenti elementi di base:

- Dati anagrafici del cittadino;
- Indicazioni generali di carattere socio ambientale e relativi alle condizioni abitative ed ambientali, alla situazione del nucleo di convivenza, alle rete familiare e sociale di supporto presente, al tenore economico del soggetto e del nucleo familiare;
- Condizioni generali di salute, diagnosi clinica e patologie presenti;
- Apparenti condizioni di autonomia e autosufficienza, deambulazione ed eventuale "confinamento" (a letto, su sedia o in casa), capacità relazionali;
- Prestazione socio sanitaria a gestione integrata e compartecipata richiesta e motivazioni della richiesta;
- Principali referenti territoriali da attivare per la valutazione multidimensionale.

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

Personale incaricato dai Comuni (Assistente Sociale e Personale Amministrativo) Personale incaricato dal Distretto Socio-sanitario (Coordinatore Socio-Sanitario e Assistente Sociale).

Soggetto titolare³ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

SOGGETTO TITOLARE: *AMBITO TERRITORIALE N° 4*

SOGGETTO GESTORE: AMBITO TERRITORIALE N. 4

LOCALIZZAZIONE DEL SERVIZIO: COMUNI DELL'AMBITO n. 4 e sede del Distretto Socio Sanitario

Modalità di gestione del servizio

gestione in economia (personale dei Singoli Comuni e ASL)

gestione diretta con affidamento a terzi

³ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

(specificare procedure di affidamento_____)

delega a soggetto terzo (specificare _____)

altra modalità di gestione:

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): € 67.178,45

N.B. Il servizio sarà garantito dal personale specializzato dei comuni dell'Ambito, con oneri già a carico degli stessi enti, e, per tutte le giornate lavorative, dal personale specializzato previsto per il Servizio Sociale professionale.

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane	Euro 67.178,45
- attrezzature	Euro
- utenze e consumi	Euro
- altri costi generali di gestione	Euro

N.B. Risorse ASL (vedi Bozza di Accordo di Programma)

Per le risorse finanziarie l'Ambito utilizzerà sia le somme già stanziato nel primo Piano di Zona pari ad € 67.178,45 che le risorse rivenienti dal F.N.A. di € 67.178,45.

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 x 2011 x 2012 x

AMBITO TERRITORIALE N. 4 DI MESAGNE

PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: X WELFARE D'ACCESSO

- SERVIZI DOMICILIARI
- SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
- SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
- SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
- MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI

Obiettivo di servizio: X SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo:04

Denominazione servizio: Unita Valutazione Multidimensionale (UVM)

Indicare Art. di rif. del r. r. 4/2007: _n. 3

Destinatari finali: Tipologia di utenti : pazienti con bisogni sanitari e sociali

n. utenti
20.780

Obiettivi del servizio

L'UVM è un'equipe multi professionale in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi. Costituisce a livello di Ambito il filtro per l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari di natura domiciliare, semi-residenziale e residenziale a gestione integrata e compartecipata.

Obiettivo dell'UVM è rappresentare lo strumento cardine attraverso il quale l'Ambito territoriale, insieme al distretto socio-sanitario, esercita il suo ruolo di governo del territorio e di "committenza"(valutare quale servizi per quali bisogni adottando lo strumento operativo della SVAMA) .

Principali attività previste

Tale progetto viene effettuato da un team multi-professionale denominato Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) con competenze multidisciplinari in grado di leggere le esigenze dei pazienti con i bisogni sanitari e sociali complessi.

L'UVM :

- Effettua la valutazione multidimensionale inerente l'autosufficienza e il grado di autonomia dell'utente e dei bisogni assistenziali suoi e del proprio nucleo familiare;
- Verifica la presenza delle condizioni socio-economiche, abitative e familiari di ammissibilità al percorso di cura e assistenza;
- Elabora il progetto assistenziale individualizzato (PAI) condiviso e sottoscritto con l'utente ed il suo nucleo familiare;
- Verifica e aggiornamento periodico dell'andamento del progetto personalizzato;
- Procede alla dimissione concordata.
- Effettua, in alcuni casi, visite dell'utente a domicilio o presso le strutture del S.S.R. o presso la struttura residenziale che ospita l'utente.

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

L'U.V.M. è composta da:

- Coordinatore socio-sanitario del Distretto;
- Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta dell'assistito;
- Medico specialista;
- Assistente Sociale del Comune di residenza dell'assistito.

Soggetto titolare⁴ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

Soggetto titolare: Ambito territoriale n. 4
Soggetto gestore: Ambito Territoriale n. 4 e ASL.
Localizzazione del Servizio: Distretto

Modalità di gestione del servizio
--

gestione in economia (Personale dei singoli Comuni + ASL)

gestione diretta con affidamento a terzi

(specificare procedure di affidamento_____)

delega a soggetto terzo (specificare _____)

altra modalità di gestione

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): € 44.928,00 (F.N.A.)

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane	Euro	44.928,00
- attrezzature	Euro	
- utenze e consumi	Euro	
- altri costi generali di gestione	Euro	

N.B. Risorse ASL (vedi Bozza di Accordo di Programma)

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 X 2011 X 2012 x

AMBITO DI MESAGNE

PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: WELFARE D'ACCESSO
 X SERVIZI DOMICILIARI
 SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
 SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
 SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
 MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI

Obiettivo di servizio: X SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo: 05

Denominazione servizio: Assistenza Domiciliare Educativa

Indicare **Art. di rif. del r. r. 4/2007**: n. 87

Destinatari finali: Tipologia di utenti: minori

n. nuclei familiari
46 (attuali) programmati 92

Obiettivi del servizio

Il Servizio Domiciliare Educativo effettua interventi di natura Sociale ed educativa che vengono assicurati presso il domicilio dei nuclei familiari, anche monogenitoriali, con minori in condizioni di grave svantaggio socio-educativo, relazionale e culturale, i cui genitori necessitano di aiuto e di supporto nello svolgimento e nello sviluppo delle competenze educative.

Tali prestazioni si caratterizzano sia in senso preventivo a favore del minore, sia in termini di sostegno diretto allo stesso ed alla famiglia al fine di salvaguardare e migliorare la qualità del rapporto tra genitori e figli

Il Servizio Domiciliare Educativo persegue i seguenti obiettivi:

- migliorare le relazioni all'interno del nucleo familiare;
- promuovere un processo di cambiamento reale della famiglia;
- concorrere a rendere autonomo il nucleo familiare;
- favorire l'integrazione e la socializzazione dei bambini nel proprio ambiente di vita, attraverso l'accesso alle strutture educative presenti sul territorio (oratorio, centro d'aggregazione giovanile, strutture sportive);
- raggiungere un positivo inserimento nell'ambiente scolastico anche mediante un aiuto nello svolgimento dei compiti;
- sostenere il nucleo familiare, soprattutto in presenza di bambini in affidamento eterofamiliare e diversamente abili.
- favorire la de-istituzionalizzazione;
- sostenere la funzione educativa genitoriale.

Principali attività previste

Le principali aree d'intervento possono essere suddivise in :

- area di sostegno alla famiglia: osservazione delle dinamiche intra-familiari, mediazione del rapporto genitori-figli, stimolo nell'acquisizione di nuovi modelli educativi, creazione e/o miglioramento dei rapporti tra servizi istituzionali e famiglia;
- area di sostegno rivolte al bambino: promozione dell'autonomia nelle attività quotidiane, educazione alla socializzazione, sostegno nelle materie scolastiche, ed orientamento formativo.

Nello specifico, **Il Servizio Domiciliare Educativo**, rivolto alla famiglia e ai minori, si concretizza nelle seguenti azioni:

- **INTERVENTI DI SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE**
- **ATTIVITÀ' PSICO/SOCIALI E DI SOSTEGNO TERAPEUTICO**
- **INSERIMENTI IN AGENZIE AGGREGATIVE TERRITORIALI**
- **SOSTEGNO ALLA QUOTIDIANITA'**
- **SOSTEGNO EDUCATIVO**

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

Operatori suddivisi secondo le seguenti categorie professionali:

- Assistente sociale;
- Educatore professionale;
- Psicologo;
- Personale addetto all'aiuto alla persona e alla cura dell'ambiente domestico.

Soggetto titolare⁵ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

SOGGETTO TITOLARE: **AMBITO TERRITORIALE N° 4**

SOGGETTO GESTORE: **AMBITO TERRITORIALE N° 4**

Modalità di gestione del servizio

- gestione in economia (specificare _____)
- gestione diretta con affidamento a terzi (gara ad evidenza pubblica)
- delega a soggetto terzo (specificare _____)
- altra modalità di gestione (specificare _____)

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): **Euro 972.000,00**

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane(Affid. Coop. Sociale)	Euro	967.000,00
- attrezzature	Euro	
- utenze e consumi	Euro	
- altri costi generali di gestione	Euro	5.000,00

⁵ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 X 2011 X 2012 X

AMBITO DI MESAGNE n. 4

PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: WELFARE D'ACCESSO
 SERVIZI DOMICILIARI
 SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
 SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
 SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
 MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI

Obiettivo di servizio: X SI NO

Numero progressivo: 06

Denominazione servizio: Servizio Assistenza domiciliare (SAD)

Indicare **Art. di rif. del r. r. 4/2007**: n. 87

Destinatari finali: Tipologia di utenti :anziani e disabili

n. utenti
80 (attuali) - programmati 208

Obiettivi del servizio

Il Servizio di Assistenza domiciliare anziani e disabili (SAD) mira a perseguire i seguenti obiettivi:

- ✓ favorire la permanenza del soggetto nel proprio ambiente di vita sociale e familiare;
- ✓ abbattere il fenomeno del ricovero improprio, favorendo anche le dimissioni precoci in collaborazione con le famiglie;

- ✓ consentire una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio - assistenziali;
- ✓ Aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane;
- ✓ Prestazioni di aiuto alle famiglie che assumono compiti di accoglienza e di cura di anziani e diversamente abili fisici, psichici e sensoriali, di altre persone in difficoltà ;

Principali attività previste

Il Servizio di Assistenza Domiciliare è destinato ad anziani, diversamente abili fisici, psichici e sensoriali, e di altre persone in difficoltà che versano in condizioni di marginalità sociale determinate da disagio socio - economico, o del tutto privi di supporto familiare. Il SAD è orientato al solo supporto socio - assistenziale attraverso la predisposizione di un piano di assistenza individualizzato e presa in carico dell'utenza, garantendo:

- Prestazioni di aiuto domestico atti a favorire o conservare l'autosufficienza dell'anziano individuabili in:
- Prestazioni di aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane;
- Sostegno alla mobilità personale, trasporto e accompagnamento per persone anziane e diversamente abili parzialmente non autosufficienti che a causa dell'età e/o di patologie invalidanti, accusano ridotta o scarsa capacità nella mobilità personale.
- Prestazione di aiuto per le famiglie che assumono compiti di cura ed accoglienza dei soggetti destinatari del servizio.

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

Figure professionali di assistenza alla persona con specifica formazione in relazione alle diverse aree di bisogno

- Operatori socio-assistenziali (OSA)
- Operatori socio- sanitari (OSS)
- Volontari appartenenti ad associazioni di volontariato e di promozione sociale appositamente convenzionati art. 21 Regolamento Regionale nr.4/2007.

Soggetto titolare⁶ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

SOGGETTO TITOLARE: *AMBITO TERRITORIALE N°4*

SOGGETTO GESTORE: : *AMBITO TERRITORIALE N°4*

⁶ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

Modalità di gestione del servizio

- gestione in economia (specificare _____)
- X gestione diretta con affidamento a terzi (gara a d evidenza pubblica)
- delega a soggetto terzo (specificare _____)
- altra modalità di gestione (specificare _____)

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): **Euro 1.405.000,00**

MACROVOCI DI SPESA

- | | |
|--|--------------------------|
| - risorse umane (Affid. Coop. sociale) | Euro 1.400.000,00 |
| - attrezzature | Euro |
| - utenze e consumi | Euro |
| - altri costi generali di gestione | Euro 5.000,00 |

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 X 2011 X 2012 X

AMBITO TERRITORIALE N. 4 MESAGNE

PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: WELFARE D'ACCESSO
 SERVIZI DOMICILIARI
 SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
 SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
 SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
 MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI

Obiettivo di servizio: X SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo:07

Denominazione servizio: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Indicare **Art. di rif. del r. r. 4/2007**: n. 88

Destinatari finali: Tipologia di utenti : anziani e disabili – ex tossicodipendenti

n. utenti
69 (attuali) - programmati 138

Obiettivi del servizio

Il **SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA** consiste in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie integrate.

La promozione della salute, attraverso l'integrazione socio-sanitaria, troverà nella PUA la “**Porta d'Accesso Distrettuale**” con finalità di convergenza ed integrazione degli interventi quali:

- ✓ il coordinamento delle risorse finanziarie, umane e strumentali inerenti l'ADI, migliorando la qualità dell'intero percorso attuato in sinergia, secondo linee guida condivise;
- ✓ la facilitazione per l'accesso e l'erogazione di servizi, riequilibrando la domanda appropriata con l'offerta ADI, e garantendo pari opportunità a tutti i cittadini dell'Ambito/Distretto;
- ✓ l'abbattimento del fenomeno del ricovero improprio, favorendo anche le dimissioni precoci e/o protette in collaborazione con le famiglie;
- ✓ la formazione e il sostegno delle famiglie per l'accoglienza e la gestione del paziente “difficile” dimesso da ricovero;
- ✓ la formazione degli operatori formali e informali (sanitari, sociali, terzo settore e familiari) coinvolti nel lavoro di equipe per lo sviluppo della rete assistenziale;
- ✓ la riduzione dei costi derivanti da servizi inefficaci e carenti nel continuum di cura.

Caratteristica del servizio è l'unitarietà dell'intervento che assicura prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali in **forma integrata secondo piani individuali programmati**.

Il modello di assistenza a domicilio proposto prevede che vengano erogati **livelli diversi di intensità di cure** sanitarie e sociali in relazione alla complessità dei bisogni assistenziali espressi dalle persone. I livelli sono individuati grazie ad una **valutazione multidimensionale e multidisciplinare** condotta attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati (scheda SVAMA) finalizzati ad esaminare in modo omogeneo le specifiche aree funzionali e ad identificare i bisogni assistenziali, sanitari e sociali della persona.

⇒ **ADI a bassa intensità di assistenza domiciliare, rivolta a soggetti non autosufficienti affetti da patologie croniche in buon compenso globale.**

Questo livello è caratterizzato da una bassa intensità sanitaria, ma correlato con una elevata intensità e complessità di interventi socio – assistenziali.

La durata della presa in carico è di tempo medio – lungo e prevede:

- assistenza socio-assistenziale con gradi diversi di intensità fino ad una frequenza giornaliera;
- monitoraggio da parte del medico di medicina generale del quadro clinico di tipo periodico;
- coordinamento del progetto individuale e relativo piano di intervento da parte dell'assistente sociale.

L'accesso avviene su richiesta diretta della persona o della famiglia o da altri soggetti interessati per conto dell'utente.

⇒ **ADI a media intensità di assistenza domiciliare, rivolto a pazienti multiproblematici affetti da patologie croniche in labile compenso.**

Questo livello è caratterizzato da una media intensità sanitaria per un periodo medio – lungo con presenza del Medico di medicina generale e infermieri professionali; sono previsti accessi medici settimanali, interventi infermieristici plurisettemanali, consulenze specialistiche.

La durata della presa in carico è di tempo medio – lungo e prevede:

- un programma assistenziale personalizzato multidisciplinare con assistenza sanitaria di diversa intensità fino ad una frequenza settimanale o plurisettimanale del Medico di medicina generale;
- assistenza infermieristica e/o riabilitativa per uno o due accessi alla settimana;
- consulenze specialistiche;
- tutela familiare e socio-assistenziale intensa;
- coordinamento del progetto individuale e relativo piano di intervento.

L'accesso avviene su richiesta diretta della persona o della famiglia, del Medico di medicina generale, da parte di reparti ospedalieri (*dimissioni protette*).

- ⇒ **ADI ad alta intensità di assistenza domiciliare rivolto a:**
- ♦ **soggetti affetti da patologie croniche evolutive (neoplasie, AIDS, malattie neurologiche) nel loro ultimo periodo di vita,**
 - ♦ **Pazienti critici (stato di coma, nutrizione artificiale,...)**

Questo livello è caratterizzato da una alta intensità sanitaria e socio – assistenziale per un periodo medio– lungo con presenza del Medico di medicina generale, infermieri professionali, operatori socio – assistenziali e, quando richiesto, assistente sociale.

La durata della presa in carico è di tempo lungo e prevede:

- assistenza sanitaria di diversa intensità fino ad una frequenza plurisettimanale del Medico di medicina generale;
- assistenza infermieristica per diversi accessi alla settimana;
- consulenze specialistiche;
- attività socio –assistenziali fino ad una frequenza giornaliera;
- coordinamento del progetto individuale e relativo piano di intervento.

L'accesso avviene su richiesta del Medico di medicina generale, dei reparti ospedalieri e della persona o suoi familiari, da altri soggetti interessati per conto dell'utente.

Principali attività previste

Il Servizio ADI comprende prestazioni di tipo socio-assistenziali e sanitario che si articolano per aree di bisogno, con riferimento a persone affette da malattie croniche invalidanti e/o progressivo-terminali.

Le prestazioni previste sono :

- aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane;
- prestazioni infermieristiche, riabilitative e riattivanti;
- sostegno alla mobilità personale (attività di trasporto e accompagnamento per persone anziane e parzialmente non autosufficienti).

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

Figure professionali di assistenza alla persona:

Operatore Socio Assistenziale, Operatore Socio Sanitario, Infermieri, Terapisti della riabilitazione, presenza programmata dell'Assistente Sociale, dell'Educatore Professionale, dello Psicologo e personale medico con specifica formazione in relazione alle diverse aree di bisogno.
Le attività integrative di Welfare leggero saranno assicurate con il coinvolgimento delle realtà associative del privato sociale presente sul territorio dell'Ambito.

Soggetto titolare⁷ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

SOGGETTO TITOLARE: **AMBITO TERRITORIALE N° 4 / DISTRETTO SOCIO SANITARIO**

SOGGETTO GESTORE: : **AMBITO TERRITORIALE N° 4 / DISTRETTO SOCIO SANITARIO**

Modalità di gestione del servizio

- gestione in economia (specificare _____)
- gestione diretta con affidamento a terzi (gara ad evidenza pubblica)
- delega a soggetto terzo (specificare _____)
- altra modalità di gestione (specificare _____)

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): **Euro 1.310.000,00**

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane (affid. Coop. Sociale)	Euro 1.305.000,00
- attrezzature	Euro
- utenze e consumi	Euro
- altri costi generali di gestione	Euro 5.000,00

⁷ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 [X] 2011 [X] 2012 [X]

AMBITO TERRITORIALE N. 4- MESAGNE

PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: WELFARE D'ACCESSO
 SERVIZI DOMICILIARI
 SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
 SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
 SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
 MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI
 INCLUSIONE SOCIALE

Obiettivo di servizio: SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo:08

Denominazione servizio:**CENTRO DIURNO SOCIO-EDUCATIVO - RIABILITATIVO E DI SOCIALIZZAZIONE.**

Indicare Art. 60 del R.R. n.4/2007

Destinatari finali: Tipologia di utenti : DIVERSAMENTE ABILI

n. utenti = n. 30

Obiettivi del servizio

Il Centro Diurno Socio – Educativo – riabilitativo e di socializzazione è una struttura territoriale rivolta a soggetti disabili minori e adulti fino a 64 anni ed a pazienti psichiatrici stabilizzati fino a 64 anni. Il Centro ha carattere continuativo e permanente ed è aperto per 6 giorni la settimana per 8 ore giornaliere.

Il Centro offre interventi integrati di tipo educativo riabilitativo e di assistenza tutelare finalizzati a:

- Migliorare la qualità della vita della persona favorendo l'interazione, e l'integrazione sociale;
- Mantenere e migliorare le abilità cognitive e relazionali e ridurre i comportamenti problematici dei soggetti ospiti;
- Sostenere le famiglie, supportandone il lavoro di cura, riducendo l'isolamento, evitando o ritardando il ricorso alle strutture residenziali;
- Incrementare e mantenere i livelli di autonomia funzionale contrastando i processi involutivi e favorendo, quando è possibile, la frequentazione di strutture esterne, sportive e sociali, per favorire l'incontro e la socializzazione ad ogni livello;
- Favorire lo sviluppo di competenze globali finalizzando l'azione al raggiungimento di obiettivi significativi mediante percorsi e progetti personalizzati anche in funzione di un possibile inserimento lavorativo;
- Coinvolgere la famiglia nella formulazione dei piani di intervento e instaurare incontri periodici con i familiari per la verifica dei risultati;
- Promuovere la costituzione di gruppi di mutuo aiuto per offrire spazi di confronto sui problemi delle dinamiche che scaturiscano nel nucleo familiare.

Principali attività previste

Il Centro Diurno in favore di disabili assicura le seguenti attività:

- ✓ Attività educative a supporto dell'autonomia;
- ✓ Attività di socializzazione ed animazione;
- ✓ Attività occupazionali, culturali, ludico – ricreative sportive e formative;
- ✓ Attività riabilitative;
- ✓ Promozione di attività varie tendenti a favorire l'incontro intergenerazionale ed il coinvolgimento della persona disabile in progetti di volontariato di pubblica utilità;
- ✓ Organizzazione di brevi soggiorni di vacanza rivolti a piccoli gruppi di utenti, in diversi periodi dell'anno e/o durante i mesi estivi per rendere maggiormente autonomi i partecipanti nella gestione e programmazione del tempo libero;
- ✓ Assicura l'assistenza nell'espletamento delle attività e delle funzioni quotidiane anche attraverso prestazioni a carattere assistenziale (igiene personale) e sanitario correlate alle terapie prescritte dai medici curanti, nonché un servizio biancheria e la somministrazione dei pasti in relazione agli orari di apertura, e assicura anche un servizio trasporto.

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

1. Coordinatore del Centro;
2. Personale amministrativo;
3. Educatore;
4. Operatore socio – sanitario;
5. Personale ausiliario.

Soggetto titolare⁸ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

Soggetto titolare: AMBITO Territoriale n. 4

Soggetto Gestore: AMBITO Territoriale n. 4

Modalità di gestione del servizio

gestione in economia (specificare _____)

gestione diretta con affidamento a terzi

(specificare procedure di affidamento _____)

delega a soggetto terzo (specificare _____)

altra modalità di gestione (Pagamento rette)

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): Euro 277.869,19

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane	Euro
- attrezzature	Euro
- utenze e consumi	Euro
- altri costi generali di gestione	Euro

⁸ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 x 2011 x 2012 x

AMBITO territoriale n.4 di MESAGNE

PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: WELFARE D'ACCESSO
 SERVIZI DOMICILIARI
 SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
 SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
 SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
 MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI
x INCLUSIONE SOCIALE

Obiettivo di servizio: X SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo:09

Denominazione servizio: Integrazione scolastica

Indicare [Art. di rif. del r. r. 4/2007](#): n. 92

Tipologia di utenti **DIVERSAMENTE ABILI**

n. utenti
212

Obiettivi del servizio

Il servizio per l'integrazione scolastica dei diversamente abili è finalizzato a garantire il diritto allo studio dei portatori di handicap fisici, psichici e sensoriali attraverso il loro inserimento nelle strutture scolastiche ordinarie, comprese la Scuola dell'Infanzia e l'Università.

Tale obiettivo è perseguito per mezzo di:

- o rimozione di ostacoli di natura psichica, fisica ed ambientale;
- o realizzazione tempo pieno, accompagnamento e trasporto casa -scuola;
- o inserimento in attività ricreative extra-scolastiche in esecuzione ai Progetti Educativi Individualizzati (PEI);
- o qualificazione e aggiornamento degli operatori

Principali attività previste

Il servizio concepito come servizio integrato rimanda per l'ASL alle seguenti attività:

- L'individuazione dell'handicap previa segnalazione da parte dei dirigenti scolastici;
- L'individuazione della diagnosi funzionale;
- La definizione del profilo dinamico funzionale;
- La stesura del progetto educativo individualizzato (PEI);
- L'assistenza nelle ore scolastiche, su delega dell'ambito, così come definito a seguito di accertamento della gravità dell'handicap da parte del Responsabile del NIAT (Neopsichiatria infanzia e Adolescenza Territoriale) dell'ASL di riferimento;
- Verifica dell'attuazione del PEI in collaborazione con la scuola e i comuni dell'ambito per l'utenza di proprio interesse;
- La riorganizzazione del lavoro scolastico attraverso una pianificazione di incontri con docenti concordata con i Capi di Istituto e i comuni di riferimento;
- Raccordo operativo tra il servizio di assistenza scolastica e di Centri Aperti a carattere pluridisciplinare dell'ASL rispetto alle fasi della diagnosi, dell'assistenza, della riabilitazione e dell'integrazione.

Ai comuni dell'ambito rimangono attribuiti, per competenze istituzionali:

- ⇒ Il trasporto;
- ⇒ L'abbattimento delle barriere architettoniche che ostacolano la partecipazione alla vita scolastica dei portatori di handicap;
- ⇒ La dotazione di sussidi e ausili didattici;
- ⇒ L'adeguamento dell'organizzazione del funzionamento degli asili nido in funzione dei bambini con l'handicap ai sensi della legge 104/92 art. 13.

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

Equipe integrata composta da: Medico specializzato, Psicologo, Pedagogista, Educatore professionale, Terapista. Le equipe sono coadiuvate da personale ausiliario e di assistenza.

Soggetto titolare⁹ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

Soggetto Titolare: Ambito territoriale n. 4

Soggetto gestore: Ambito territoriale n. 4

Modalità di gestione del servizio

⁹ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

gestione in economia (specificare _____)

gestione diretta con affidamento a terzi

(specificare procedure di affidamento _____)

delega a soggetto terzo (specificare _____)

altra modalità di gestione (specificare _____)

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): **Euro 1.875.990,21**

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane	Euro	1.865.990,21
- attrezzature	Euro	
- utenze e consumi	Euro	
- altri costi generali di gestione	Euro	10.000,00

N.B. L'Ambito territoriale nr. 4, così come è stato stabilito nella seduta del Coordinamento Istituzionale del 16/12/2009 si impegna, a partire dall'anno scolastico 2010 - 2011, a predisporre la programmazione del servizio con gestione unica d'Ambito.

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 [X] 2011 [X] 2012 [X]

AMBITO TERRITORIALE N. 4- MESAGNE

PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: [] WELFARE D'ACCESSO
 [] SERVIZI DOMICILIARI
 [] SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
 [] SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
 [] SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
 [] MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI
 [] INCLUSIONE SOCIALE

Obiettivo di servizio: [X] SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo:10

Denominazione servizio: SERVIZIO DI PREVENZIONE E CONTRASTO ALLO SFRUTTAMENTO, ALLA TRATTA E ALLA VIOLENZA SU DONNE, MINORI ANCHE STRANIERI, IMMIGRATI.

Indicare: ART. 107 DEL r.r. N. 04/2007

Destinatari finali: Tipologia di utenti (minori, anziani etc.)

Nr. 100 DONNE e MINORI ANCHE STRANIERI

Obiettivi del servizio

Il Consiglio d' Europa dell'81 e l'O.M.S. del '99 definiscono come abuso "...tutte le forme di cattiva cura fisica e affettiva , di abusi sessuali, di trascuratezza e di sfruttamento commerciale che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, la sua sopravvivenza, il suo sviluppo o la sua dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere".

La complessità del problema e degli interventi da attivare richiede una sensibilizzazione diffusa ed il coinvolgimento di tutte le risorse del territorio, sia pubbliche che private, al fine di realizzare un'efficace prevenzione ed una rete funzionale agli interventi di protezione e di cura.

La prevenzione dei casi di abuso e maltrattamento, in tutte le sue forme, estesa anche alle donne vittime dell'abuso e del maltrattamento ed ai soggetti deboli in generale, si articolerà secondo gli obiettivi di seguito esplicitati:

1. predisposizione di metodologie di intervento per la presa in carico, integrate e condivise, per la tutela della salute psico-fisica dei soggetti presunte vittime dell'abuso e del maltrattamento;
2. sensibilizzazione e formazione specifica sia degli operatori responsabili della tutela dei minori nei vari contesti istituzionali di riferimento sia dell'opinione pubblica e della collettività in generale, al fine di fornire idonei strumenti che agevolino il riconoscimento del fenomeno.
3. fornire una sede adeguata in cui sono garantite le necessarie competenze multidisciplinari e strumentazioni per il trattamento delle vittime dell'abuso e/o maltrattamento;

Principali attività previste

Sono prestazioni del Servizio di che trattasi gli interventi di ascolto (anche telefonico) di aiuto e sostegno psico-sociale individuale e di gruppo, di psicoterapia, nonché di sostegno nell'ascolto protetto, di assistenza legale nonché di sostegno ed orientamento per l'inserimento sociale e lavorativo delle donne vittime di maltrattamenti e violenze.

Opera in stretta connessione con le Forze dell'Ordine, con i Servizi Sociali, con l'Autorità Giudiziaria e le strutture di accoglienza residenziali.

Svolge attività di:

- Promozione di campagne di sensibilizzazione finalizzate alla prevenzione dell'abuso e dei maltrattamenti familiari;
- Valutazione delle capacità genitoriali;
- Interventi educativi e riabilitativi ;
- Osservazione e monitoraggio del fenomeno di abuso e maltrattamento;
- interventi di rete per l'integrazione tra istituzioni ed i differenti contesti operativi.

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

Figure specialistiche: Psicologi, Psicoterapeuti, Educatore ed Assistenti Sociali con specifiche competenze nella relazione di aiuto e nell'assistenza a soggetti deboli, vittime di maltrattamenti e violenze.

Soggetto titolare¹⁰ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

Soggetto titolare: AMBITO TERRITORIALE N. 4

Soggetto gestore: AMBITO TERRITORIALE N. 4

Enti coinvolti: Tribunale Ordinario, Tribunale per i Minorenni, Giudice Tutelare, Forze dell'Ordine, Scuole e Privato Sociale.

Modalità di gestione del servizio

X gestione in economia (personale dei singoli Comuni e ASL)

¹⁰ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

gestione diretta con affidamento a terzi

(specificare procedure di affidamento_____)

delega a soggetto terzo (specificare _____)

altra modalità di gestione (specificare _____)

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): Euro 90.000,00

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane	Euro 90.000,00
- attrezzature	Euro
- utenze e consumi	Euro
- altri costi generali di gestione	Euro

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 [X] 2011 [X] 2012 [X]

AMBITO TERRITORIALE N. 4- MESAGNE

PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: [] WELFARE D'ACCESSO
 [] SERVIZI DOMICILIARI
 [] SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
 [X] SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
 [] SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
 [] MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI
 [] INCLUSIONE SOCIALE

Obiettivo di servizio: [X] SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo:11

Denominazione servizio: POTENZIAMENTO SERVIZI DI PRIMA INFANZIA - ASILO NIDO

Indicare Art. 53 del R.R. n.4/2007 –

Destinatari finali: Utenti n. 450 bambini da 0 a 36 mesi

Obiettivi del servizio

L'asilo nido o nido d'infanzia è una struttura autorizzata per l'erogazione di un servizio educativo e sociale per i bambini in età compresa tra i 3 (tre) ed i 36 (trentasei) mesi, con standard strutturali meglio specificati nell'art.53 del R.R. n. 4/2007.

Nei Comuni afferenti all'Ambito Territoriale n. 4, l' offerta di "Asili Nido" , pur registrando un'uniformità di presenze in gran parte di essi, va considerato un elemento significativo rappresentato dalla natura privata dei servizi esistenti.

Le finalità del potenziamento di questo servizio sono le seguenti :

- sostegno alle famiglie, con particolare attenzione a quelle monoparentali, nella cura dei figli e nelle scelte educative;
- stimolazione allo sviluppo e socializzazione dei bambini, a tutela del loro benessere psicofisico e per lo sviluppo delle loro potenzialità cognitive, affettive, relazionali e sociali;

Principali attività previste

Sono assicurate le prestazioni che consentono il perseguimento delle finalità prima descritte e che tendono alla cura dei bambini, che richieda un affidamento quotidiano e continuativo (superiore a 5 ore per giornata) a figure professionali, diverse da quelle parentali, in un contesto esterno a quello familiare.

Devono essere assicurati, durante la permanenza del bambino in struttura,

- i servizi di igiene del bambino
- il servizio mensa
- il servizio di cura e sorveglianza continuativo
- il tempo riposo in spazi idonei
- le attività ludiche e educative con progetti educativi individuali
- le attività ricreative di grandi gruppi
- attività di laboratori e prima alfabetizzazione.

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

Il servizio sarà svolto da operatori addetti così come stabilito dalla normativa vigente, anche nel rapporto tra personale e bambini-ospiti. Le figure professionali sono le seguenti

- Coordinatore pedagogico.
- Educatori: n.1 ogni 5 iscritti di età compresa tra i 3 mesi e i 12 mesi
 - n. 1 ogni 8 iscritti di età compresa tra i 13 ed 24 mesi
 - n. 1 ogni 10 iscritti di età compresa tra i 25 mesi e i 36 mesi
- personale addetto ai servizi generali, interno, addetto alle cucine ecc..

In presenza di bambini diversamente abili il rapporto operatore-bambino deve essere di n. 1 educatore per n. 1 bambino.

Soggetto titolare¹¹ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

Soggetto titolare: AMBITO Territoriale n. 4

Soggetto gestore: Ambito Territoriale n.4

Modalità di gestione del servizio

gestione in economia

¹¹ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

gestione diretta con affidamento a terzi
(specificare procedure di affidamento_____)

delega a soggetto terzo (specificare _____)

altra modalità di gestione (pagamento rette)

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): Euro 95.000,00

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane	Euro	
- attrezzature	Euro	
- utenze e consumi	Euro	
- altri costi generali di gestione	Euro	95.000,00

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 [] 2011 [] 2012 [X]

AMBITO TERRITORIALE N. 4 - MESAGNE

PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: WELFARE D'ACCESSO
 SERVIZI DOMICILIARI
 SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
 SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
 SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
 MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI

Obiettivo di servizio: [X] SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo: 12

Denominazione servizio: servizio: AFFIDO FAMILIARE ED ADOZIONE

Indicare Art. 96 del r.r. n. 4/07

Destinatari finali: Nr. 20
FAMIGLIE/ MINORI

Obiettivi del servizio

L'affidamento familiare è un servizio attraverso il quale un minore, che per difficoltà temporanee della propria famiglia deve essere dalla stessa allontanato, viene accolto da un altro nucleo idoneo ad offrire adeguate risposte alle sue necessità di educazione, istruzione, accudimento e tutela. Il minore può essere affidato ad una famiglia, preferibilmente con figli, o ad una persona singola.

L'affidamento familiare si configura come un intervento di aiuto e sostegno al minore ed alla sua famiglia di origine e rappresenta un segno concreto della possibilità di garantire i diritti fondamentali ai minori in difficoltà e/o minori stranieri non accompagnati al fine di sperimentare una cultura solidale sul territorio.

L'affidamento familiare può essere:

- consensuale, disposto dai Servizi Sociali, con il consenso della famiglia d'origine e di quella affidataria, con esecutività del Giudice Tutelare, per la durata massima di 24 mesi; la eventuale proroga, qualora la sospensione dell'affidamento rechi pregiudizio al minore, deve essere disposta dal Tribunale per i Minorenni;
- giudiziario, disposto dal Tribunale per i Minorenni, sia in assenza del consenso dei genitori sia in favore di minori in situazioni di pregiudizio.

L'affidamento familiare si svolge nell'ambito di un processo dinamico in rapporto all'evoluzione della situazione della famiglia d'origine e dei bisogni del minore, a cui si deve garantire una costante azione di verifica e valutazione. Esso implica, inoltre, la fiducia da parte degli operatori e della famiglia affidataria nella possibilità di mutare, riducendole, la situazione di disagio e di promuovere i punti di forza e le risorse reciproche, ivi compresa la capacità della famiglia d'origine di esprimere e sviluppare forme di autopromozione e tutela.

L'affidamento familiare, a seconda dell'istituto giuridico utilizzato, può essere:

- affidamento residenziale etero familiare
- affidamento residenziale intra familiare
- affidamento part time.

Principali attività previste

L'intervento è di pertinenza del Servizio Sociale dell'Ambito territoriale, previo consenso manifestato dai genitori esercenti la potestà, ovvero dal tutore, sentito il minore che abbia compiuto i dodici anni, e anche i minori di età inferiore, in relazione alla capacità di discernimento.

Le caratteristiche del provvedimento di affidamento che il Servizio Sociale deve disporre sono le stesse sia per l'affidamento consensuale sia per quello giudiziale. In particolare deve prevedere un progetto individualizzato contenente:

- analisi della situazione familiare e personale del/la minore
- modalità, tempi di attuazione e prevedibile durata dell'affidamento
- interventi a favore della famiglia d'origine, degli affidatari, del/la minore
- tipo e frequenza dei rapporti tra le due famiglie
- momenti di verifica periodici.

I compiti del Servizio Sociale, individuati dalla L. n. 184/83 e dalle modifiche introdotte dalla L. n. 149/01, sono così riassumibili:

- disporre un programma di assistenza e sostegno alla famiglia di origine del minore, nonché il progetto educativo a tutela del minore, con la partecipazione di tutti i soggetti interessati;
- valutare la necessità di attivare un affidamento familiare come intervento prioritario e alternativo all'inserimento in struttura comunitaria;
- vigilare sull'andamento dell'affidamento svolgendo opera di sostegno educativo;
- agevolare i rapporti tra minore e famiglia d'origine favorendo il suo rientro nella stessa secondo le modalità più idonee;
- ricercare la massima integrazione funzionale con i servizi sanitari e sociosanitari del territorio, nell'attuazione dell'affidamento;
- avvalersi della collaborazione delle associazioni familiari, per la individuazione e la formazione delle famiglie affidatarie e per supportare la rete tra le esperienze di affidamento;
- comunicare al Giudice Tutelare o al Tribunale per i Minorenni (a seconda che si tratti di affidamento consensuale o giudiziale) "ogni evento di particolare rilevanza" che riguardi il minore o gli affidatari o la famiglia d'origine:
- inviare semestralmente una relazione al Giudice Tutelare o al Tribunale per i Minorenni sull'andamento del programma di assistenza, sulla presumibile ulteriore durata e sull'evoluzione delle condizioni di difficoltà del nucleo familiare di provenienza (art.4 L. 184/83 e s.m.i.)
- dare sostegno al minore per l'elaborazione del distacco dalla famiglia affidataria e la preparazione al rientro presso il nucleo d'origine
- definire i tempi e le modalità più favorevoli al reinserimento nella famiglia di origine, anche valutando l'opportunità del mantenimento di rapporti con la famiglia affidataria

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

Le funzioni di presa in carico, di promozione della cultura dell'affidamento familiare, di reperimento e valutazione degli aspiranti affidatari, di formazione e sostegno degli affidatari, di attivazione dei possibili abbinamenti, richiedono l'apporto stabile, integrato e continuativo di professionalità socio-sanitarie diverse, capaci di garantire un intervento articolato e protratto nel tempo. A tal fine l'Ambito, in collaborazione con la ASL, si dotano, in rapporto alla propria organizzazione territoriale di una o più equipe integrate alle quali attribuire compiti specifici. Le equipe operano in modo tale da evitare che medesimi operatori abbiano in carico famiglia naturale e famiglia affidataria.

Tali equipe integrate devono essere composte almeno da un assistente sociale, da un educatore o pedagogista e da uno psicologo, assegnati a questo compito dal proprio Servizio di appartenenza, e devono essere organizzate in modo da prevedere ore di lavoro sia congiunto sia individuale. Alle suddette figure si possono affiancare mediatori interculturali e linguistici per supportare in specifiche condizioni la elaborazione del progetto educativo per il minore, e per sviluppare iniziative di sensibilizzazione all'accoglienza da parte di famiglie miste o della stessa etnia dei minori interessati.

Il Servizio di Affidamento familiare deve essere disciplinato dall'Ambito territoriale, con l'adozione di un regolamento unico di ambito che, recependo le linee guida regionali e le norme del presente regolamento, definisca impegni e compiti dei vari soggetti protagonisti dell'intervento.

L'Ambito sottoscrive specifici protocolli d'intesa con le istituzioni che a vario titolo operano sul tema, in particolare con le AUSL del Servizio sanitario regionale per favorire e rafforzare il processo di integrazione sociosanitaria dei servizi territoriali.

Soggetto titolare¹² ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

Soggetto titolare : AMBITO territoriale n.4

Soggetto Gestore: AMBITO territoriale n.4

Enti coinvolti:ASL, Tribunale per i Minorenni, Giudice Tutelare.

Modalità di gestione del servizio

- gestione in economia (personale dei Comuni e dell'ASL)
- gestione diretta con affidamento a terzi
(specificare procedure di affidamento _____)
- delega a soggetto terzo (specificare _____)
- altra modalità di gestione (specificare _____)

Spesa totale prevista

¹² Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): **Euro 7.872,58**

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane	Euro	
- attrezzature	Euro	
- utenze e consumi	Euro	
- altri costi generali di gestione	Euro	7.872,58

N.B. Le risorse umane saranno garantite dai Singoli Comuni e dall'ASL.

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 [] 2011 [X] 2012 []

AMBITO TERRITORIALE N. 4- MESAGNE

PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: [] WELFARE D'ACCESSO
[] SERVIZI DOMICILIARI
[] SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
[] SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
[] SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
[X] MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI
[] INCLUSIONE SOCIALE

Obiettivo di servizio: [X] SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo:13

Denominazione servizio:CENTRI DI ASCOLTO PER LE FAMIGLIE E SERVIZI DI SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA ED ALLA GENITORIALITA'

Indicare Art. 93 del r.r. n.4/2007

Destinatari finali: Tipologia di utenti (minori, anziani etc.)

NUCLEI FAMILIARI/DONNE E GIOVANI COPPIE

Obiettivi del servizio

I servizi di sostegno alla genitorialità sono servizi diversi e flessibili che, in una logica di rete e di potenziamento dei servizi esistenti (sistema dell'istruzione e della formazione, servizi sanitari, servizi socio-assistenziali), intervengono in maniera specifica per promuovere il benessere dell'intero nucleo familiare, sostenendo la coppia, il nucleo familiare e ogni singolo componente nella fase del ciclo vita, facilitando la formazione di un'identità genitoriale, finalizzata ad una scelta consapevole e responsabile della maternità e della paternità;

favorendo la capacità dei genitori di relazionarsi con gli altri e con l'ambiente circostante; stimolando la capacità di organizzazione e l'autonomia di ognuno, nonché l'elaborazione e la conduzione di propri progetti di vita in armonia con il proprio ruolo genitoriale

Principali attività previste

Sono prestazioni del servizio di sostegno alla famiglia e alla genitorialità i percorsi d'orientamento e d'informazione per genitori con figli minori; le consulenze specialistiche (socio-psico-pedagogiche) a genitori, coppie, minori e adolescenti; il potenziamento e la valorizzazione dei servizi offerti dai Consultori Familiari e dei centri per la famiglia (ex l. n. 285/1997); l'organizzazione e la promozione di sportelli per il sostegno alla relazione genitori/figli; il sostegno e l'assistenza agli insegnanti nella programmazione delle attività scolastiche extra-curricolari; l'assistenza psico-sociale ed ascolto rivolto alle giovani coppie e a neo-genitori, in ambiti d'intervento diversi da quelli sanitari; i corsi di preparazione alla nascita e alla fase post-parto; l'attività d'informazione e di prevenzione alle malattie sessualmente trasmesse e alle patologie genetiche; le attività di prevenzione e le azioni di informazione e sensibilizzazione in ambito scolastico.

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

Il servizio di sostegno alla famiglia e alla genitorialità deve essere prestato da un'equipe integrata di professionalità che, secondo le rispettive competenze, deve comprendere lo psicologo, il pedagogo, l'educatore professionale e l'assistente sociale, nel rispetto delle competenze e degli interventi specifici.

Soggetto titolare¹³ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

SOGGETTO TITOLARE: AMBITO

LOCALIZZAZIONE DEL SERVIZIO:

- AREA SUD: S. PIETRO V.CO (CAPOFILA), SAN DONACI, TORCHIAROLO, SAN PANCRAZIO, CELLINO S.M.;
- AREA NORD: (CAPOFILA) MESAGNE, LATIANO, TORRE S.S., ERCHIE

Modalità di gestione del servizio

gestione in economia (specificare _____)

gestione diretta con affidamento a terzi (affidamento procedure di evidenza pubblica)

delega a soggetto terzo (specificare _____)

altra modalità di gestione (specificare _____)

¹³ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): € 85.454,23 Residui passivi servizi in essere

MACROVOCI DI SPESA

- | | |
|------------------------------------|------|
| - risorse umane | Euro |
| - attrezzature | Euro |
| - utenze e consumi | Euro |
| - altri costi generali di gestione | Euro |

N.B. L'Ambito territoriale utilizzerà le risorse già stanziare rivenienti dal Primo Piano di Zona.

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 x 2011 x 2012 x

AMBITO TERRITORIALE N. 4 DI MESAGNE

PROV. DI Brindisi

Informazioni generali

Ambito di intervento: WELFARE D'ACCESSO
 SERVIZI DOMICILIARI
 SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
 SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
 SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
 MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI
 INCLUSIONE SOCIALE

Obiettivo di servizio: SI x NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo: 14

Denominazione servizio: Servizio di orientamento, formazione e inserimento lavorativo (per soggetti afferenti alla fascia della marginalità sociale: ex-tossicodipendenti, ex alcolisti, persone in trattamento psichiatrico, soggetti afferenti al circuito penale, ex detenuti e soggetti in misura alternativa alla detenzione)

Indicare **Art. di rif. del r. r. 4/2007:** _____

Destinatari finali: Tipologia di utenti (soggetti svantaggiati)

n. utenti
30

Obiettivi del servizio

Il lavoro è una necessaria ed indubbia fonte primaria di sostentamento dell'individuo, ma anche occasione di autonomia che consente di sviluppare le proprie potenzialità e con esse di partecipare in modo attivo alla crescita del sistema comunitario di appartenenza.

Per i soggetti che vengono definiti “fragili- svantaggiati”, il reperimento di un’attività lavorativa rappresenta un’ulteriore difficoltà connessa a pregiudizi, deprivazione culturale, mancanza di formazione, che consequenzialmente può produrre effetti devastanti sulla persona e sulla famiglia, oltre che l’instaurarsi di trappole assistenziali e di cadute in percorsi di non ritorno, legati alla povertà. Si tratta quindi di favorire in modo diffuso e sistematico una serie di “Azioni “che siano in grado di costruire collegamenti tra le situazioni di bisogno e di fragilità- con la necessità di acquisizione di autonomia e di conquista delle condizioni di benessere- e concrete opportunità di inserimento nel mondo produttivo.

Il servizio si esplicherà attraverso tre tipologie di intervento. Gli obiettivi relativi all’intervento di orientamento professionale, risultano essere:

- ⇒ Consentire la conoscenza delle proprie propensioni professionali;
- ⇒ Sostenere la comprensione e accettazione della propria diversità - abilità in funzione delle prestazioni richieste, delle specifiche professionalità;
- ⇒ Conoscenza della quantità e qualità delle offerte di lavoro del mondo locale per una utile e fattibile propensione lavorativa.

Per l’intervento di formazione professionale gli obiettivi sono:

- ⇒ Rafforzare e valorizzare le competenze professionali dei soggetti svantaggiati, attraverso percorsi di formazione;
- ⇒ Consentire la diretta sperimentazione di approcci con il mondo del lavoro;
- ⇒ Promozione degli interessi individuali in ambito sociale e culturale;
- ⇒ Sensibilizzare il mercato del lavoro al positivo recupero delle risorse lavoro rappresentate dai soggetti svantaggiati.

Per l’intervento di inserimento lavorativo gli obiettivi risultano essere:

- ⇒ Ottimizzare l’utilizzo delle opportunità normative e finanziarie che regolano l’accesso e la permanenza delle categorie svantaggiate nel mondo del lavoro;
- ⇒ Sostenere le aziende disponibili (e comunque rientranti nella fattispecie) e riscontrare gli obblighi di legge relativi alle percentuali di assunzione da riservare alle categorie protette;
- ⇒ Affiancare i soggetti svantaggiati nell’individuazione e utilizzo delle opportunità lavorative con l’attuazione di piani personalizzati;
- ⇒ Raccordare l’operatività del Centro per L’Impiego e delle altre agenzie del lavoro nel movimento fra domande e offerte del mercato del lavoro.

Principali attività previste

Per l’orientamento professionale si prevedono le seguenti attività:

- ⇒ concertazione con le direzioni scolastiche di riferimento rispetto ai metodi e ai contenuti della proposta;

- ⇒ verifica e individuazione del target di riferimento;
- ⇒ contatti periodici con gli alunni/studenti disabili e le loro famiglie, individuali e di gruppo, per la presentazione delle offerte formative presenti in ambito provinciale (presentazione dei POF di Istituto ecc.) e distribuzione di materiale informativo;
- ⇒ verifica della fattibilità di accesso ai percorsi formativi e alla sostenibilità dell'esperienza in considerazione della distribuzione degli Istituti Scolastici sul territorio .

Per la formazione professionale prevista nella presente scheda, concepita come opportunità specifica rispetto alle esperienze offerte dal mondo scolastico (scuole professionali) e dagli Enti di formazione allo scopo preposti (ENAIP e altri) si prevedono le seguenti attività:

- ⇒ ricognizione dei bisogni formativi /propensione lavorativa e distribuzione dei diversi moduli formativi tra i comuni dell'ambito
- ⇒ attivazione di convenzione tra l'ambito e gli Enti preposti alla formazione;
- ⇒ attivazione di incentivi alla frequenza a carico dei comuni dell'ambito;
- ⇒ monitoraggio e verifica progressiva sull'andamento del percorso;

Per gli inserimenti lavorativi sono previste le seguenti attività:

- ⇒ protocolli di intesa tra Ambito, UEPE, SERT, DSM e Associazioni di categoria finalizzati a promuovere la collaborazione delle singole imprese/aziende per uniformare i percorsi di accesso e l'esplicitazione degli inserimenti;
- ⇒ individuazione dei settori di sviluppo del mercato del lavoro locale;
- ⇒ individuazione della tipologia dei rapporti di lavoro sostenibili (contratti di formazione lavoro, borse lavoro, compensi forfettari con coperture assicurative) e della durata dell'esperienza lavorativa (non meno di un anno);
- ⇒ ricognizione degli adempimenti obbligatori assunti da Enti e Uffici Pubblici in riferimento alle assunzioni obbligatorie di cui alla legge 68/99;
- ⇒ individuazione delle aziende e ditte disponibili a garantire l'accesso lavorativo, convenendo un piano individualizzato di intervento;
- ⇒ individuazione di incentivi economici in favore di aziende disponibili a dare continuità all'esperienza lavorativa, contestualizzando e normando l'assunzione nell'ambito della normativa di riferimento (agevolazioni fiscali, incentivi nazionali ed europei, adeguamenti del quorum sulla presenza in organico dei disabili ecc.).

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio
--

Assistente sociale
 Personale amministrativo

Soggetto titolare¹⁴ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

SOGGETTO TITOLARE: 'AMBITO TERRITORIALE N° 4

SOGGETTO GESTORE: AMBITO TERRITORIALE N° 4 IN COLLABORAZIONE CON UEPE, SERT, DSM E CENTRO PER L'IMPIEGO

Modalità di gestione del servizio

- gestione in economia (specificare _____)
- gestione diretta con affidamento a terzi
(specificare procedure di affidamento _____)
- delega a soggetto terzo (specificare _____)
- X altra modalità di gestione (erogazione di borse lavoro)

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): Euro 250.000,00

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane	Euro 245.000,00 (borse lavoro)
- attrezzature	Euro
- utenze e consumi	Euro
- altri costi generali di gestione	Euro 5.000,00

N.B. Si precisa che della suddetta spesa:

- 1) € 198.000,00 è destinata all'Area delle Dipendenze Patologiche;**
2) € 52.000,00 per interventi nell'Area della Salute Mentale;

¹⁴ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 x 2011 x 2012 x

AMBITO TERRITORIALE N. 4 DI MESAGNE
PROV. DI Brindisi

Informazioni generali

Ambito di intervento: WELFARE D'ACCESSO
 SERVIZI DOMICILIARI
 SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
 SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
 SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
 MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI
 INCLUSIONE SOCIALE

Obiettivo di servizio: SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo: 15

Denominazione servizio: Contributi economici a sostegno della povertà

Indicare [Art. di rif. del r. r. 4/2007](#): 102

Destinatari finali: Tipologia di utenti (cittadini in condizioni di svantaggio)

n. utenti
663

Obiettivi del servizio

Le politiche di interventi di contrasto alle povertà vanno inquadrare all'interno di una visione più ampia di modello di stato sociale, coerente con la visione di un modello di welfare finalizzato a sostenere:

- la costruzione di un insieme di istituti che abbiano la funzione di tutelare il cittadino dai principali rischi sociali:
- il supporto non solo alle fasce più deboli ma anche a quella parte dei ceti medi più esposta ai rischi di povertà ed esclusione sociale.

Con tale prospettiva l'obiettivo delle politiche sociali si concentra sulle opportunità di progettazione della qualità della vita, in un'ottica in cui aspetti qualitativi e relazionali assumono un'importanza preminente.

Di conseguenza i trasferimenti monetari, intesi come prestazioni assistenziali, non dovrebbero assumere un ruolo di primo piano ma andrebbe privilegiata l'offerta decentrata di servizi reali ai cittadini, l'offerta di servizi alla famiglia e la creazione di un'efficace rete di ammortizzatori sociali in grado di potenziare le capacità di progettazione degli individui.

Aspetto importante di detta impostazione è che nella progettazione del sistema di welfare devono essere privilegiati gli strumenti che consentono di realizzare una crescita della capacità di offerta dei servizi (sia essa pubblica o realizzata con l'apporto del settore no-profit), in modo da creare un'interazione tra Enti locali, mercato e famiglia.

Principali attività previste

Nel sistema di welfare italiano le politiche di contrasto alla povertà sono realizzate attraverso una molteplicità di strumenti sui quali, da molti anni, è unanime il giudizio di farraginosità, categorialità, scarsa efficacia distributiva.

Compatibilmente ai vincoli di bilancio imposti dalle risorse finanziarie disponibili per la realizzazione delle attività e degli interventi previsti dal nostro Piano di Zona, si possono prevedere delle azioni di contrasto alla povertà pensate e condotte in modo integrato rispetto alle restanti aree prioritarie, poiché la fragilità sociale è generata da un insieme di problematiche, fonti di disagi economici e relazionali, che investono le persone ed i nuclei familiari comportando necessariamente la predisposizione di interventi integrati, finalizzati a migliorare:

- la condizione abitativa;
- la condizione finanziaria;
- la gestione della salute;
- la condizione lavorativa;
- il lavoro di cura e di accudimento rivolto ai soggetti fragili del nucleo familiare;

Saranno, pertanto, predisposti ed attivati interventi di:

- ASSISTENZA ECONOMICA, prevedendo le varie tipologie di contributi e le azioni sperimentali disciplinate, nelle modalità e nei tempi, da apposito regolamento;

PRONTA ACCOGLIENZA per garantire una risposta primaria a persone prive di ogni riferimento familiare.

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

- Dirigente dei Servizi Sociali;
- Assistente Sociale;
- Personale Amministrativo.

Soggetto titolare¹⁵ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

SOGGETTO TITOLARE: **AMBITO TERRITORIALE N. 4**

SOGGETTO GESTORE: **SINGOLI COMUNI DELL'AMBITO N. 4**

¹ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

Modalità di gestione del servizio

- gestione in economia (erogazione contributi)
- gestione diretta con affidamento a terzi
(specificare procedure di affidamento _____)
- delega a soggetto terzo (specificare _____)
- altra modalità di gestione (specificare _____)

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): Euro 300.000,00 (di cui € 67.000,00 saranno utilizzati per l'Area delle Dipendenze Patologiche.)

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane	Euro	
- attrezzature	Euro	
- utenze e consumi	Euro	
- altri costi generali di gestione	Euro	300.000,00

¹⁵ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 x 2011 x 2012 x

AMBITO territoriale n. 4 di Mesagne

PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: WELFARE D'ACCESSO
 SERVIZI DOMICILIARI
 SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
 SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
 SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
 MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI
 INCLUSIONE SOCIALE

Obiettivo di servizio: SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo: 16

Denominazione servizio: Abbattimento barriere architettoniche

Indicare **Art. di rif. del r. r. 4/2007**: Linee guida regionali

Destinatari finali: Tipologia di utenti (disabili)

n. utenti

40

Obiettivi del servizio

La legislazione corrente intende accrescere il livello di accessibilità e fruibilità dei servizi e delle strutture pubbliche e private del territorio (eliminazione delle barriere architettoniche) per le persone in situazione di relativo svantaggio, in particolare per persone con disabilità e persone anziane.

I finanziamenti sono finalizzati al sostegno economico alle famiglie per la qualità della vita delle persone diversamente abili impegnandosi per l'adozione di idonei provvedimenti che stabiliscano la modalità degli interventi per accrescere il livello di accessibilità e fruibilità dei servizi e delle strutture pubbliche e private del territorio per le persone in situazione di relativo svantaggio in particolare le persone diversamente abili o anziane.

Per favorire il raggiungimento degli obiettivi individuati si prevede di agire su diversi fronti, operando per accrescere la sensibilità al tema di precisi gruppi-obiettivo di cittadini (studenti, professionisti,

titolari pubblici esercizi, enti locali) ed agendo per la riduzione progressiva delle barriere architettoniche presenti nel nostro territorio (pubblici esercizi, enti locali).

Principali attività previste

Il progetto si compone di cinque azioni:

Azione 1. Percorsi di sensibilizzazione

Azione 2. Accessibilità dei pubblici esercizi

Azione 3. Formazione/informazione professionisti

Azione 4. Buone pratiche commissioni edilizie e regolamenti edilizi

Azione 5. Eliminazione barriere architettoniche nella pubblica amministrazione

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

Personale delle aree Politiche Sociali // Lavori Pubblici e Urbanistici dei singoli comuni del territorio dell'Ambito Territoriale

Soggetto titolare¹⁶ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

Soggetto Titolare : Ambito Territoriale nr.4

Soggetto Gestore : Ambito Territoriale nr.4

Modalità di gestione del servizio

- gestione in economia (specificare _____)
- gestione diretta con affidamento a terzi
(specificare procedure di affidamento _____)
- delega a soggetto terzo (specificare _____)
- altra modalità di gestione (erogazione contributi a soggetti pubblici e privati)

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): Euro 100.000,00

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane	Euro
- attrezzature	Euro 100.000,00
- utenze e consumi	Euro
- altri costi generali di gestione	Euro

¹⁶ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 x 2011 x 2012 x

AMBITO territoriale n. 4 MESAGNE
PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: WELFARE D'ACCESSO
 SERVIZI DOMICILIARI
 SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
 SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
 SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
 MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI
 INCLUSIONE SOCIALE

Obiettivo di servizio: SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo:17

Denominazione servizio: Trasporto sociale per soggetti svantaggiati

Indicare [Art. di rif. del r. r. 4/2007:](#)

Destinatari finali: Tipologia di utenti (minori, anziani e disabili)

n. utenti
52

Obiettivi del servizio

Il trasporto sociale per soggetti svantaggiati garantirà:

- La condivisione dei tempi e degli eventi della città;
- L'integrazione sociale attraverso il sostegno delle attività di interesse individuale;
- Raggiungimento dei luoghi di cura;
- Contenimento del tempo di cura a carico della famiglia;
- Superamento degli stati di isolamento sociale con sostegno degli stati psico - depressivi collegati alla marginalità sociale;

- Promozione degli interessi individuali in ambito sociale e culturale;
- Uniformità del sistema dell'offerta tra i nove comuni dell'ambito.

Principali attività previste

Le principali attività previste si articoleranno come segue:

1. Costruzione di un protocollo metodologico di accesso, che uniformi le prassi operative dell'ambito.
2. Programmazione annuale degli interventi che tenga conto:
 - della congruenza progressiva tra domanda e offerta;
 - della sostenibilità e validità della metodologia sperimentata progressivamente;
 - della sostenibilità finanziaria rispetto alle risorse del fondo globale, delle integrazioni comunali, nonché al recupero delle spese a carico dall'ASL per il trasporto in luoghi di cura

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

Si precisa che il personale interessato si differenzia in:

➔ Personale dell'ambito:

- A. Assistente Sociale
- B. Operatore Amministrativo

➔ Personale del soggetto gestore

- A. Operatori socio - sanitari con funzione di accompagnatore
- B. Autisti

Soggetto titolare¹⁷ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

SOGGETTO TITOLARE: AMBITO TERRITORIALE N° 4

SOGGETTO GESTORE: AMBITO TERRITORIALE N° 4

¹⁷ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

Modalità di gestione del servizio

- gestione in economia (specificare _____)
- gestione diretta con affidamento a terzi (_____)
- delega a soggetto terzo (specificare _____)
- altra modalità di gestione (specificare _____)

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): **Euro 252.000,00**

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane	Euro 250.000,00
- attrezzature	Euro
- utenze e consumi	Euro
- altri costi generali di gestione	Euro 2.000,00

N.B. L'Ambito Territoriale si impegna a garantire la procedura per l'espletamento di gara d'Ambito appena chiusa la procedura a titolarità Comunale così come espresso nella seduta del Coordinamento Istituzionale del 16/12/2009.

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 2011 2012

AMBITO TERRITORIALE 4 MESAGNE

PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: WELFARE D'ACCESSO
 SERVIZI DOMICILIARI
 SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
 SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
 SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
 MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI

Obiettivo di servizio: X SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo:18

Denominazione servizio: TELESOCORSO E TELEASSISTENZA

Indicare Art. di rif. del r. r. 4/2007: Art. 100

Destinatari finali: Tipologia di utenti : anziani e persone in situazione di difficoltà
n. utenti
da definire a seguito della gara (circa 300)

Obiettivi del servizio

Il servizio di Telesoccorso e Teleassistenza è un servizio continuativo con copertura non inferiore a dieci ore giornaliere, da svolgersi prioritariamente nelle ore notturne e nei giorni festivi in forma integrata altri interventi. Ha il fine di limitare la condizione di isolamento nella quale possono trovarsi anziani ed altri soggetti in condizioni di fragilità, per situazioni di disagio ambientale e socio – economico e/o per precarie condizioni di salute. Pertanto detto servizio persegue le seguenti finalità.

- Dare una risposta immediata alle necessità dell'utente da parte di operatori addetti al centro operativo;
- Attivazione di interventi finalizzati alla risoluzione del problema;

- Intervento immediato presso strutture sanitarie pubbliche;
- Monitoraggio e controllo della situazione psico - fisica degli utenti in carico;

Principali attività previste

Il servizio di Telesoccorso e Teleassistenza è rivolto ad anziani e soggetti in condizioni di fragilità che versano in uno stato parziale o totale di immobilità e di solitudine. Esso deve offrire le seguenti prestazioni/interventi.

- a) Presenza e funzionamento della centrale di ascolto su tutto il territorio di competenza, in modo da assicurare la fruizione del servizio da parte delle persone aventi diritto;
- b) Controllo delle condizioni di salute della persona attraverso il contatto telefonico giornaliero;
- c) Accesso dell'anziano al servizio di assistenza e telesoccorso presso qualsiasi domicilio in tutto il territorio dell'ambito;
- d) Attività assistenziali e di sostegno;

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

Il servizio deve essere assicurato da operatori opportunamente “formati” e non da risponditori automatici

Soggetto titolare¹⁸ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

SOGGETTO TITOLARE: **AMBITO TERRITORIALE N° 4**

SOGGETTO GESTORE: **AMBITO TERRITORIALE N° 4**

Modalità di gestione del servizio

- gestione in economia (specificare _____)
- gestione diretta con affidamento a terzi (gara ad evidenza pubblica)
- delega a soggetto terzo (specificare _____)
- altra modalità di gestione (specificare _____)

¹⁸ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): **Euro 290.000,00**

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane (affid. Coop. sociale)	Euro 280.000,00
- attrezzature	Euro
- utenze e consumi	Euro
- altri costi generali di gestione	Euro 10.000,00

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 x 2011 x 2012 x

AMBITO territoriale n. 4 di MESAGNE

PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: WELFARE D'ACCESSO
 SERVIZI DOMICILIARI
 SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO
 SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
 SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI
 MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI
 INCLUSIONE SOCIALE

Obiettivo di servizio: SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo: 19

Denominazione servizio: Servizio di Orientamento informazione in favore dei cittadini immigrati.

Indicare **Art. di rif. del r. r. 4/2007:** 108

Tipologia di utenti : Immigrati

n. utenti

290

Obiettivi del servizio

La presente proposta progettuale si inserisce nell'ambito dei servizi per i cittadini stranieri, che nel loro insieme mirano complessivamente alla costruzione di una città-comunità che consente l'incontro tra generazioni, sessi, etnie e culture differenti.

Obiettivo generale da perseguire è quello di favorire una positiva integrazione, sostenendo una cittadinanza attiva.

Obiettivi specifici

- Favorire l'accesso ai servizi dei cittadini stranieri , rimuovendo gli ostacoli che ne impediscono - ostacolano la fruizione;
- Rafforzare la capacità dei cittadini stranieri attraverso l'accompagnamento sociale in percorsi di autonomia;
- Tutelare in maniera specifica gruppi maggiormente vulnerabili (minori, richiedenti asilo politico);
- Garantire interventi di tutela giuridica e azioni civili contro la discriminazione;
- Formare ed informare sulle regole di convivenza democratiche;
- Far acquisire conoscenza e strumenti per confrontarsi in una condizione di parità con il più allargato contesto sociale consentendo rappresentanze dirette in ambiti programmatici e decisionali;
- Informazione e orientamento alle risorse del territorio.

Principali attività previste

Si intende dare continuità all'esperienza dello **Sportello Polifunzionale di orientamento ed informazione** integrando le prestazioni con interventi socio-sanitari.

Gli sportelli per l'integrazione socio-sanitaria-culturale operano in stretto contatto con il Servizio Sociale Professionale di ciascun Comune dell'Ambito.

Detto Servizio intende assicurare:

- **Servizio di sportello polifunzionale di orientamento fruibile on-line;**
- **Creazione di una banca dati.**
- **Creazione di uno Sportello on-line** fruibile dal sito web dei comuni dell'ambito dal quale l'utente , compilando un form, potrà accedere ai servizi che lo sportello offre;
- **Attività di intermediazione culturale** con l'utilizzo di operatori/mediatori che interverranno a supporto delle seguenti azioni:
- **Ascolto e informazione orientativa:** fa riferimento ad una attività di primo contatto con l'utenza, quali accoglienza e filtro, ascolto e primo orientamento;
- **Corsi di alfabetizzazione sociale e linguistica:** mira all'eliminazione degli ostacoli di conoscenza del contesto socio culturale e della lingua italiana, avvalendosi di collaborazioni con le istituzioni scolastiche del territorio;
- **Segretariato sociale:** accompagnamento sociale e lavoro di rete in collegamento con realtà cittadine religiose, laiche, istituzioni locali. Nello specifico i servizi previsti dallo Sportello Immigrati sono:

- informazioni per la prima accoglienza attraverso collegamenti con le strutture già operanti sul territorio;
 - disbrigo pratiche burocratiche relative al soggiorno e alla presenza sul territorio italiano, attraverso collegamenti con Servizi Sociali, Scuole, Enti pubblici e privati;
 - informazioni per il reperimento dell'alloggio attraverso collegamenti con IACP, Ufficio casa dei diversi comuni, Servizi Sociali comunali ed altre agenzie operanti sul territorio;
 - informazioni sulle opportunità di lavoro attraverso collegamenti INPS, Ufficio Provinciale del Lavoro, Ispettorato Provinciale del Lavoro, Associazioni o Enti pubblici e privati che effettuano corsi di formazione per cittadini immigrati;
 - informazioni sul servizio sanitario attraverso collegamenti con le strutture sanitarie locali e con altre agenzie pubbliche e private operanti sul territorio;
 - servizio fax in ricezione per immigrati che debbono ricevere documenti;
 - servizio e-mail in ricezione e trasmissione con i Paesi di provenienza (Ambasciate, famiglie, associazioni, ecc.) e su tutto il territorio nazionale.
- **Sostegno nella realizzazione dei percorsi di autonomia:** questa tipologia di intervento si propone di costruire un progetto condiviso di autonomia, finalizzato all'inserimento abitativo e lavorativo dell'immigrato. I progetti educativi sono personalizzati e monitorati mediante momenti di verifica intermedi e finali;
 - **- Orientamento personalizzato alla formazione professionale e al lavoro:** questa tipologia di intervento si propone di intervenire sulla maturazione di progetti professionali degli utenti attraverso l'attivazione di processi di rielaborazione delle storie formative/professionali al fine di definire possibili traiettorie di sviluppo coerenti con l'identità dell'utente e realistiche in termini di opportunità, avvalendosi anche di percorsi formativi avviati da enti di formazione autorizzati esistenti sul territorio con i quali si formalizzeranno apposite intese.
 - **Colloqui di approfondimento per i richiedenti asilo politico:** la storia del richiedente asilo politico viene raccolta in più incontri necessari affinché si crei fra utente e operatore un rapporto di fiducia;
 - **Stesura relazione di accompagnamento alla domanda di asilo;**
 - **- Accoglienza socio educativa di bambini, figli di coppie migranti** attraverso attività ludico e didattiche agevolando l'inserimento nella rete di servizi per minori già esistenti sul territorio.

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

Personale qualificato nei servizi di mediazione linguistica ed interculturale

Soggetto titolare¹⁹ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

¹⁹ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

SOGGETTO TITOLARE: *AMBITO TERRITORIALE N.4*

SOGGETTO GESTORE: *AMBITO TERRITORIALE N. 4*

Modalità di gestione del servizio

gestione in economia (specificare _____)

gestione diretta con affidamento a terzi

(individuazione del personale esperto mediante selezione pubblica già attivata nel precedente Piano di Zona)

delega a soggetto terzo (specificare _____)

altra modalità di gestione (specificare _____)

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): **Euro 145.000,00**

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane	Euro 143.000,00
- attrezzature	Euro
- utenze e consumi	Euro
- altri costi generali di gestione	Euro 2.000,00

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: 2010 x 2011 x 2012 x

AMBITO territoriale n4 di MESAGNE

PROV. DI BRINDISI

Informazioni generali

Ambito di intervento: x WELFARE D'ACCESSO

- SERVIZI DOMICILIARI**
- SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO**
- SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA**
- SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI**
- MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI**

Obiettivo di servizio: x SI NO

(vedi Quadro sinottico degli obiettivi di servizio a pag.. 82 del PRPS 2009-2011)

Numero progressivo: 20

Denominazione servizio: Potenziamento Ufficio di Piano

Indicare Art. di rif. del r. r. 4/2007: art. 11

Destinatari finali: cittadini dell'Ambito territoriale n. 4

n. utenti

106.463

Obiettivi del servizio

L'Ufficio di Piano è la struttura tecnica intercomunale la cui attività di progettazione esecutiva, gestione e monitoraggio per lo sviluppo di un sistema di rete dei servizi socio-sanitari sul territorio di riferimento è finalizzata alla programmazione sociale per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali sul territorio dell'Ambito.

L'Ufficio di Piano è da considerarsi una struttura flessibile in grado di adeguarsi costantemente alle esigenze organizzative che il percorso di realizzazione ed attuazione del Piano Sociale di Zona richiederà.

L'Ufficio di Piano, sulla base degli indirizzi programmatici ed organizzativi adottati dal Coordinamento Istituzionale, è direttamente responsabile del raggiungimento degli obiettivi e della correttezza ed efficienza della gestione.

Principali attività previste

L'Ufficio di Piano modella la propria organizzazione e svolge la propria attività ispirandosi a criteri di trasparenza, funzionalità ed economicità di gestione, al fine di assicurare alla propria azione efficienza ed efficacia.

L'Ufficio di Piano svolge attività di:

- programmazione e progettazione sociale
- organizzazione dei servizi sociali per tutte le aree prioritarie richiamate dal Piano Regionale delle Politiche Sociali
- integrazione sociosanitaria
- programmazione finanziaria, gestione economica e rendicontazione
- strumenti giuridico-amministrativi a sostegno dell'associazionismo intercomunale
- gestione dei servizi pubblici sociali, contrattualistica e appalti
- ricerca sociale per l'analisi dei bisogni, della domanda e della offerta sociale, per la rilevazione della qualità, e analisi statistica
- comunicazione sociale e organizzazione di campagne di sensibilizzazione e di informazione.

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

La dotazione organica del personale dell'**Ufficio di Piano** comprende l'insieme dei posti a tempo pieno e/o a tempo parziale, distinti per categorie e per profili professionali. Fanno parte dell'Ufficio di Piano di ambito risorse umane adeguate a rispondere al fabbisogno di competenze tecniche e di capacità professionali necessarie per svolgere efficacemente ed efficientemente le funzioni ed i compiti assegnati all'Ufficio stesso.

Le aree disciplinari e gli ambiti tecnici per i quali dovranno essere individuate risorse umane da assegnare all'Ufficio di Piano vengono di seguito elencate, ferma restando la necessità di adeguare il fabbisogno alla evoluzione del ruolo e delle competenze assegnate all'Ufficio di Piano.

L'Ufficio di Piano è composto da **nr. 9** unità del Settore Servizi Sociali, una per ciascun comune dell'Ambito, (che possono essere sostituite in caso di impedimento da altra unità con funzioni di vicario). Fa parte, inoltre, dell'Ufficio di Piano, almeno una risorsa umana individuata dal Direttore Generale dell'ASL di riferimento, ovvero dal Responsabile di distretto sociosanitario.

Laddove dette risorse non siano sufficienti per coprire il fabbisogno di competenze tecniche e di capacità professionali rilevato, si potrà far ricorso a risorse umane esterne, che saranno selezionate a mezzo di avviso pubblico in base a criteri oggettivi di valutazione dei titoli di studio, delle esperienze professionali, della propensione al ruolo, che il Coordinamento Istituzionale dovrà individuare preventivamente.

La selezione delle risorse umane esterne da assegnare eventualmente all'Ufficio di Piano potrà essere espletata **con le modalità deliberate dal Coordinamento Istituzionale**.

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano, viene nominato dal Coordinamento Istituzionale, ed assume la responsabilità dell'**Ufficio di Piano** con funzioni di direzione, coordinamento e

rappresentanza dell'ufficio stesso rispetto a tutti i soggetti pubblici e privati che interagiscono per l'attuazione del Piano Sociale di Zona, a livello regionale e locale.

Soggetto titolare²⁰ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

Soggetto titolare: Ambito territoriale n. 4

Soggetto Gestore: Ambito territoriale n. 4

Localizzazione del Servizio: Comune di Mesagne Via Roma n. 2 Mesagne (BR)

Modalità di gestione del servizio

gestione in economia (personale dipendente dei singoli Comuni)

gestione diretta con affidamento a terzi

(specificare procedure di affidamento _____)

delega a soggetto terzo (specificare _____)

altra modalità di gestione (specificare _____)

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO(*): **Euro 300.000,00**

MACROVOCI DI SPESA

- risorse umane	Euro 300.000,00
- attrezzature	Euro
- utenze e consumi	Euro
- altri costi generali di gestione	Euro

²⁰ Il Soggetto titolare del servizio è il soggetto responsabile, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

INDICE DEL PIANO DI ZONA

PREMESSA

Il percorso di concertazione e programmazione partecipata	Pag. 3
---	--------

CAPITOLO I

Analisi del contesto

Caratteristiche di contesto ed evoluzione del sistema dei bisogni	Pag. 11
Il sistema di offerta dei servizi: punti di forza e di criticità	Pag. 18
Lo stato di attuazione del primo Piano Sociale di Zona: punti di forza del sistema integrato e carenze da colmare.....	Pag. 21
Attestazione della spesa sociale dei Comuni nel triennio 2006- 2008	Pag. 26
Quadro riassuntivo dei servizi attivati nell'ambito dal PsdZ 2005 – 2008	Pag. 27

CAPITOLO II

Le priorità strategiche e gli obiettivi di servizio del Piano

Le priorità strategiche per politiche di intervento	Pag. 31
Gli obiettivi di servizio del Piano di Zona per ambito di intervento	Pag. 32
L'integrazione socio-sanitaria nel Piano di Zona 2010 - 2012	Pag. 38
Funzionamento dell'Ufficio di Piano	Pag. 40
Quadro sinottico complessivo degli obiettivi di servizio del piano sociale di zona	Pag. 43
Il Regolamento Unico - (PUA e UVM)	Pag. 48
Il Protocollo operativo ADI	Pag. 57
Regolamento ADI	Pag. 61

CAPITOLO III

Le scelte strategiche per l'assetto gestionale ed organizzativo dell'Ambito

Il percorso di associazionismo intercomunale	Pag. 76
L'Ufficio di Piano	Pag. 78
Territorio e Governance	Pag. 81

CAPITOLO IV

La programmazione finanziaria

Il budget complessivo del Piano Sociale di Zona	Pag. 87
---	---------

CAPITOLO V

La progettazione di dettaglio

Le schede di progetto per politiche di intervento e obiettivi di servizio	Pag. 90
---	---------

