



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

## **ACCORDO DI PROGRAMMA**

**per la programmazione e realizzazione dei servizi socio-sanitari integrati con il Piano Sociale di Zona 2010-2012**

*AMBITO TERRITORIALE di Mesagne*

*AZIENDA SANITARIA LOCALE di Brindisi*

*ACCORDO EX ART. 34 D. Lgs. 18 agosto 2000, n.267*

*ACCORDO EX ART. 10 L.R.10 luglio 2006, n. 19*

L'anno **2010** (duemiladieci) addì **otto** del mese di **Giugno** alle ore **11,00**, secondo le modalità e i termini stabiliti dalle vigenti disposizioni, nell'Aula Consigliare del **Comune di Mesagne**, sono presenti i seguenti **Soggetti sottoscrittori**:

### **TRA**

- l'Amm.ne Comunale di **Mesagne**, rappresentata dal Sindaco:

*Franco Scoditti;*

- l'Amm.ne Comunale di **Cellino San Marco**, rappresentata dal Sindaco:

*Francesco Cascione;*

- l'Amm.ne Comunale di **Erchie**, rappresentata dal Vice Sindaco:

*Domenico Margheriti;*

- l'Amm.ne Comunale di **Latiano**, rappresentata dall'Assessore delegato dal Sindaco:

*Ada Di Viggiano;*

- l'Amm.ne Comunale di **San Donaci**, rappresentata dal Sindaco:

*Domenico Serio;*

- l'Amm.ne Comunale di **San Pancrazio Sal.no**, rappresentata dall'Assessore delegato dal

Sindaco: *Pancrazio Totaro;*

- l'Amm.ne Comunale di San Pietro Ver.co, rappresentata dall'Assessore delegato dal Sindaco:

*Domenico Caputo* ;

- l'Amm.ne Comunale di Torchiarolo, rappresentata dall'Assessore delegato dal Sindaco:

*Pantaleo Draxxa* ;

- l'Amm.ne Comunale di Torre S. Susanna, rappresentata dal Vice Sindaco

*Serena Missere* ;

- l'ASL /BR rappresentata dal Direttore Generale dr. *Rodolfo Rollo*;

### PREMESSO

- che la Regione Puglia ha approvato la **Legge Regionale n. 19 del 10.06.2006 "Disciplina del Sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia"**, al fine di programmare e realizzare sul territorio un sistema integrato di interventi e servizi sociali, a garanzia della qualità della vita e dei diritti di cittadinanza, secondo i principi della Costituzione, come riformata dalla Legge Costituzionale n. 3 del 18.10.2001 e dalla Legge n. 328 dell'8.11.2000;
- che la **Legge Quadro n. 328 dell'08.11.2000**, diretta alla realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali, individua, secondo i principi della responsabilizzazione, della sussidiarietà e della partecipazione, il "**Piano di Zona**" per gli interventi sociali e socio-sanitari come uno strumento fondamentale per la realizzazione delle politiche di intervento nel settore socio-sanitario, con riferimento, in special modo, alla capacità dei vari attori, istituzionali e sociali, di definire, nell'esercizio dei propri ruoli e compiti, scelte concertate in grado di delineare opzioni e modelli strategici adeguati per lo sviluppo di un **sistema a rete** dei servizi socio-sanitari sul territorio di riferimento, definito **ambito territoriale**;
- che con la deliberazione n. 1875 del 13/10/2009 la Giunta Regionale, in attuazione della L.R. n. 19/2006, ha approvato il **Piano Regionale delle Politiche Sociali (PRPS) 2009-2011**;
- che la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali si attua attraverso la rilevazione dei bisogni, la programmazione degli interventi, l'impiego delle risorse in relazione alle priorità e alla valutazione dei risultati, l'integrazione con gli interventi sanitari, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale, dell'avviamento e reinserimento al lavoro, dell'ambiente, della cultura, del tempo libero, dei trasporti e delle comunicazioni, di tutti i servizi socio assistenziali di cui è prevista la realizzazione nel Piano Regionale delle Politiche Sociali;
- che la Regione Puglia, attraverso lo strumento del Piano Regionale delle Politiche Sociali (PRPS), esercita, ai sensi dell'art. 9 della L.R. n.19/2006 e, in conformità a quanto previsto dall'art.8 della L. n.328/2000, le funzioni amministrative di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali ed è istituzionalmente preposta ad indicare gli "obiettivi generali di detta programmazione economico-sociale e territoriale, e su questa base a ripartire le risorse destinate al finanziamento del programma di investimenti degli enti locali";

- che la Regione Puglia ha determinato con il Piano Regionale delle Politiche Sociali, come da art. 4 della L.R. n.19/2006, gli Ambiti territoriali, le modalità e gli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete, prevedendo incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali, di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie;
- che i Comuni, nell'esercizio delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali a livello locale così come previsto dall'art.13, 1°c., del D. Lgs. n.267 del 18.08.2000, adottano sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini, così come previsto dall'art. 16 della L.R. n.19/2006;
- che l'art.1 del D. Lgs. n.502 del 30.12.1992, sostituito dall'art.1 del D. Lgs. n.229 del 19.06.1999, stabilisce che “la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal D. Lgs. n.112 del 31.03.1998, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto”;
- che l'art. 8 della L. R. n.19/2006 indica nel Piano Sociale di Zona lo strumento con cui vengono definiti la programmazione degli interventi sociosanitari integrati ed i modelli organizzativi e gestionali, sulla base delle indicazioni del Piano Regionale delle Politiche Sociali e del Piano Sanitario Regionale;
- che la Regione Puglia, attraverso le Aziende Unità Sanitarie Locali, assicura i livelli essenziali di assistenza di cui all'art.1 del D. Lgs. n.502 del 30.12.1992, sostituito dall'art.1 del D. Lgs. n.229 del 19.06.1999, così come sono stati determinati ed articolati nei DPCM del 14.02.2001 e del 29.11.2001;
- che l'Azienda Unità Sanitaria Locale, ai sensi dell'art.3 del D. Lgs. n.502 del 30.12.1992, sostituito dall'art.3 del D. Lgs. n.229 del 19.06.1999, in funzione del perseguimento dei suoi fini istituzionali, è costituita in azienda con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, con organizzazione e funzionamento disciplinati con atto aziendale di diritto privato;
- che ai sensi dell' art. 3 quater D. Lgs. 502/92, ss. mm. Ii., il distretto è il contesto territoriale dove si realizza il Programma delle Attività Territoriali (PAT) e in esso sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie;

## VISTO

- l'art. 3 septies D. Lgs. 502/92, così come modificato dal D. Lgs. 229/99, e il DPCM 14.02.2001 recante “*Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria*” che definisce prestazioni socio-sanitarie “tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione” distinguendo tra:
  - **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale** che restano di competenza ed a carico delle AA.SS.LL.;
  - **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria** che rientrano nelle competenze dei Comuni e per le quali è prevista la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, secondo le forme e le modalità previste nei regolamenti di accesso ai servizi, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente in materia;

- **prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria** che rientrano nei livelli essenziali di assistenza e sono poste a carico del fondo sanitario.
- L'Allegato 1.C del DPCM del 29.11.01 individua tra le prestazioni socio-sanitarie otto specifiche prestazioni, nelle quali le componenti sanitaria e sociale non sono ritenute operativamente distinguibili, per le quali determina percentuali di ripartizione della spesa tra ASL e Comuni;
- Il Piano Regionale di Salute approvato con l.r. n. 23 del 12 settembre 2008, che recepisce i livelli essenziali di assistenza ad integrazione sociosanitaria di cui all'Allegato 1C del DPCM 29.11.2001;
- La l.r. n. 16/987 sui servizi di assistenza specialistica per l'integrazione scolastica degli alunni diversamente abili e l'art. 49 della l.r. n. 4 del 25 febbraio 2010;
- L'art. 46 della l.r. n. 4 del 25 febbraio 2010 che stabilisce le competenze per l'erogazione dei servizi di trasporto a fini socio-riabilitativi delle persone diversamente abili verso le strutture sanitarie e sociosanitarie riabilitative;
- Le altre norme nazionali e regionali vigenti in materia di attività e servizi integrati tra ASL e Comuni nell'area dell'inclusione sociale dei pazienti psichiatrici stabilizzati, in favore delle persone affette da dipendenze patologiche, per il contrasto dell'abuso e maltrattamento, per il sostegno e la promozione dell'affido e adozione, per il sostegno professionale alle coppie genitoriali, per la promozione del diritto alla salute della popolazione immigrata.

Le prestazioni afferenti all'area sociosanitaria, con riferimento alle principali norme regionali che definiscono standard strutturali e organizzativi dei servizi e delle strutture interessate, sono:

**Assistenza domiciliare:**

- assistenza programmata a domicilio (ADI)
- accesso unico integrato e presa in carico previa valutazione multidimensionale (PUA e UVM)

**Assistenza semiresidenziale:**

- attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali (centro socio educativo e riabilitativo, centri diurni, centro diurno per le demenze)
- servizio di trasporto a fini socio riabilitativi per utenti disabili

**Assistenza residenziale:**

- attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani (RSA e RSSA per anziani e per disabili);
- attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie (comunità socio educativa riabilitativa, casa per la vita, casa famiglia con servizi per l'autonomia) ;
- attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali in condizioni di gravità;

- attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali (disabili privi del sostegno familiare);
  - attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani (non autosufficienti);
  - attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone affette da AIDS.
- Il “Piano Regionale di Salute 2008-2010 - approvato con L.R. 19 settembre 2008, n. 23 -che in modo compiuto ed articolato ha fatto propri i principi e gli obiettivi dell'integrazione sociosanitaria, così come sanciti nella normativa e negli atti di indirizzo nazionali, fornendo alle AA.SS.LL. gli indirizzi per la loro concreta applicazione ed attuazione.
  - Il “Piano Regionale delle Politiche Sociali 2009 -2011”, approvato con Del. G.R. 1875 del 13/10/2009 che recepisce integralmente i contenuti del Piano Regionale di Salute, consentendo che i medesimi indirizzi forniti alle AA.SS.LL. possano trovare speculare applicazione anche da parte dei comuni associati negli ambiti territoriali nella redazione dei propri Piani di Zona, delineando e definendo gli impegni e le responsabilità di propria competenza, con riferimento non solo all'apporto di risorse finanziarie per la compartecipazione, quando dovuta, ma soprattutto all'apporto organizzativo e professionale per la operatività dei luoghi dell'integrazione, dei percorsi per l'accesso e la valutazione integrata del caso, per la costruzione dei progetti assistenziali individualizzati.
  - La Giunta Regionale della Puglia con delibera n. 1875 del 13/10/2009, di adozione del Piano Regionale delle Politiche Sociali 2010 – 2012, nella parte seconda, punto 2.3 “integrazione sociosanitaria”, nell’invitare Asl e Comuni ad avviare una programmazione socio-sanitaria integrata, ha stabilito che la programmazione integrata per il triennio dovrà riferirsi alle otto tipologie di prestazioni definite dai LEA, pur dovendo individuare una gradualità delle priorità dei servizi su cui realizzazione una progettazione integrata e le conseguenti modalità di compartecipazione finanziaria.

### CONSIDERATO

- che in data 05/02/2005 i comuni, costituenti l’Ambito Territoriale di Mesagne, già sottoscrissero un Accordo di programma, ai sensi dell’art. 34 del d. lgs. 18 agosto 2000 n. 267, per l’adozione del primo Piano sociale di zona (2005-2008) e per la realizzazione di un Sistema Integrato di Interventi e Servizi sociali, attraverso la gestione associata delle funzioni amministrative e dei servizi socio-assistenziali;
- che tra le finalità del suddetto Accordo di programma, all’art. 8 era previsto di realizzare di concerto con l’Azienda Unità Sanitaria Locale di Brindisi, la piena integrazione tra i Servizi Sociali e i Servizi Socio-Sanitari della Asl;
- che è intendimento ed impegno dell’Asl e dell’Ambito territoriale facilitare e incoraggiare l'accesso ai servizi socio-sanitari, abbattendo gli ostacoli che gli utenti incontrano lungo i percorsi burocratici, promuovendo politiche finalizzate a conseguire risultati di efficienza e di efficacia dei relativi procedimenti amministrativi, ottemperando agli obblighi derivanti dalla normativa vigente relativi all’integrazione socio-sanitaria;
- che l’Ufficio di Piano dell’Ambito territoriale, a seguito del percorso di analisi e concertazione con i diversi attori sociali pubblici e privati, **ha elaborato il Piano Sociale di Zona 2010-2012** articolato nelle varie aree di intervento, ove sono previsti, tra l’altro interventi e/o servizi ad integrazione socio-sanitaria, alla cui realizzazione è necessario ed opportuno che concorrano i Comuni e l’ASL;

- che il Distretto Socio-Sanitario di Mesagne ha concorso alla definizione della programmazione attraverso l'apporto degli operatori dei diversi servizi Socio-Sanitari, in ragione delle specifiche competenze.

**TUTTO CIO' PREMESSO, VISTO E CONSIDERATO,**

**I SOGGETTI SOTTOSCRITTORI:**

- **l'Amm.ne Comunale di Mesagne**, rappresentata dal Sindaco:

*Franco Scoditti;*

- **l'Amm.ne Comunale di Cellino San Marco**, rappresentata dal Sindaco:

*Francesco Cascione;*

- **l'Amm.ne Comunale di Erchie**, rappresentata dal Vice Sindaco:

*Domenico Margheriti;*

- **l'Amm.ne Comunale di Latiano**, rappresentata dall'Assessore delegato dal Sindaco:

*Ada Di Viggiano;*

- **l'Amm.ne Comunale di San Donaci**, rappresentata dal Sindaco:

*Domenico Serio;*

- **l'Amm.ne Comunale di San Pancrazio Sal.no**, rappresentata dall'Assessore delegato dal Sindaco: *Pancrazio Totaro;*

- **l'Amm.ne Comunale di San Pietro Ver.co**, rappresentata dall'Assessore delegato dal Sindaco:

*Domenico Caputo;*

- **l'Amm.ne Comunale di Torchiarolo**, rappresentata dall'Assessore delegato dal Sindaco:

*Pantaleo Draxxa;*

- **l'Amm.ne Comunale di Torre S. Susanna**, rappresentata dal Vice Sindaco

*Serena Misere;*

- **l'ASL /BR** rappresentata dal Direttore Generale dr. *Rodolfo Rollo;*

## APPROVANO IL SEGUENTE ACCORDO DI PROGRAMMA

per la programmazione e attuazione dei servizi socio-sanitari integrati da parte dell'ASL e dell'Ambito Territoriale di Mesagne, come previsti nel Piano Sociale di Zona 2010-2012, di cui il presente Accordo va a costituire parte integrante e sostanziale

### Art.1 – Premessa

Il presente Accordo di Programma disciplina le responsabilità e gli impegni reciproci e nei confronti dell'utenza dei seguenti enti:

ENTE	SOGGETTO SOTTOSCRITTORE	RUOLO/CARICA
Comune di <b>Mesagne</b>	<b>Scoditti Franco</b>	<b>Sindaco</b>
Comune di <b>Cellino San Marco</b>	<b>Cascione Francesco</b>	<b>Sindaco</b>
Comune di <b>Erchie</b>	<b>Margheriti Domenico</b>	<b>Vice Sindaco</b>
Comune di <b>Latiano</b>	<b>Di Viggiano Ada</b>	<b>Assessore Delegato</b>
Comune di <b>San Donaci</b>	<b>Serio Domenico</b>	<b>Sindaco</b>
Comune di <b>San Pancrazio Salentino</b>	<b>Totaro Pancrazio</b>	<b>Assessore Delegato</b>
Comune di <b>San Pietro Vernotico</b>	<b>Caputo Domenico</b>	<b>Assessore Delegato</b>
Comune di <b>Torchiarolo</b>	<b>Drazza Pantaleo</b>	<b>Assessore Delegato</b>
Comune di <b>Torre S. Susanna</b>	<b>Missere Serena</b>	<b>Vice Sindaco</b>
<b>ASL/BR</b>	<b>Rodolfo Rollo</b>	<b>Direttore Generale</b>

La premessa è parte integrante dell'Accordo di Programma.

Al fine di garantire una programmazione integrata e coordinata della rete dei servizi socio-sanitari e di superare la separazione degli interventi e la rigida delimitazione delle competenze, e con l'obiettivo ultimo di realizzare un sistema di offerta che sia al contempo efficiente, efficace e di qualità, le componenti istituzionali, come sopra costituite, convengono di addivenire alla sottoscrizione del presente Accordo di Programma.

L'assunzione di responsabilità e di reciproci impegni è ritenuta condizione imprescindibile per l'attuazione del Piano di Zona e del Piano Attuativo Locale da parte delle Amministrazioni che aderiscono al presente Accordo di Programma, nonché per la coerente ed efficace attuazione dei due strumenti di programmazione soprarichiamati.

I firmatari del presente Accordo di Programma si obbligano a contribuire alla realizzazione degli obiettivi indicati nel PdZ e nel PAL secondo la responsabilità e le competenze a ciascuno di essi attribuita e in particolare, ai fini del raggiungimento degli obiettivi medesimi, si impegnano a seguire il criterio della massima diligenza per superare eventuali imprevisti e difficoltà sopraggiunti

con riferimento anche alle attività propedeutiche alla fase esecutiva dei programmi prestabiliti nel Piano di Zona.

### **Art.2 – Obiettivi**

L'Ambito Territoriale nr. 4 e l'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi , con specifico riferimento al territorio del distretto sociosanitario di Mesagne definiscono un percorso di programmazione socio-sanitaria congiunta allo scopo di prevedere, anche ai fini della compartecipazione alla spesa per alcune prestazioni socio-sanitarie ai sensi del DPCM 14.02.2001 e del DPCM 29.11.2001:

- la esatta descrizione dei servizi e delle strutture presenti sul territorio distrettuale, nonché la eventuale loro implementazione;
- la previsione di nuovi servizi e strutture derivanti dall'analisi del bisogno effettuata sul territorio, coerenti con la realizzazione della rete dei LEA sociosanitari;
- la localizzazione dei servizi, la descrizione degli obiettivi e la tipologia di personale impegnato e da impegnare negli stessi;
- la previsione di spesa con la individuazione della quota a carico del SSR e la quota a carico dei comuni;
- la collaborazione con i soggetti del volontariato e del terzo settore secondo la vigente normativa nazionale e regionale;
- l'organizzazione della Porta Unica di Accesso al sistema dei servizi finalizzata a semplificare l'accesso degli utenti alla rete dei servizi e ad accrescere l'efficacia della risposta integrata fornita all'utente, portatore, insieme al suo nucleo familiare, di un insieme articolato e complesso di bisogni;
- la regolazione dell'accesso dell'utenza alle prestazioni sociosanitarie, in termini di modalità di accesso, di criteri e modalità per la valutazione multidimensionale dei casi, di forme e livelli di compartecipazione finanziaria al costo delle prestazioni.
- i percorsi di valutazione multidimensionale dei casi, di progettazione personalizzata, di presa in carico dei servizi sociosanitari;
- le modalità di valutazione dei casi già in carico per valutare l'appropriatezza della presa in carico e l'efficacia delle prestazioni sociosanitarie erogate a cura di Comuni ed Asl.
- l'adozione di strumenti di regolazione delle prestazioni rispetto ai soggetti erogatori (autorizzazione al funzionamento, accreditamento, delega, convenzione, affidamento esterno, ecc...)
- i processi decisionali e la gestione delle prestazioni e le modalità di soluzione di eventuali controversie.

### **Art.3 – Indirizzi**

Le parti perseguiranno gli obiettivi sopra indicati, attuando i seguenti indirizzi:

- favorire la domiciliarità delle prestazioni in alternativa alle prestazioni residenziali e semiresidenziali;
- individuare criteri e modalità condivisi per la valutazione congiunta dei casi;

- favorire la definizione di progetti personalizzati di cura che si avvalgano di prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie in modo integrato, in coerenza con l'esito della valutazione del caso;
- verificare l'appropriatezza della presa in carico relativamente ai casi già in carico al fine di rilevare la necessità di una ridefinizione del Progetto Assistenziale Individualizzato;
- qualificare con la piena integrazione sociosanitaria le attività dei consultori materno-infantili operanti del distretto sociosanitario;
- collaborare alla attivazione e alla realizzazione dei percorsi di prevenzione e di inserimento e reinserimento sociale di persone affette da dipendenze patologiche e di pazienti psichiatrici o disabili psichici, per i quali siano da considerare conclusi i percorsi riabilitativi.

#### **Art. 4 – Impegni dei soggetti firmatari**

Le componenti istituzionali firmatarie del presente atto intendono realizzare in forma integrata gli specifici interventi, dettagliati nella tabella 4.1., da realizzare nel periodo di vigenza del PdZ e del P.A.T a definirsi con specifico riguardo ai seguenti elementi:

- caratteristiche dell'intervento tipologia delle prestazioni sociosanitarie oggetto di cofinanziamento;
- previsione dell'entità delle prestazioni che verranno erogate nel periodo di vigenza del PdZ e del PAT;
- modalità e tempi di individuazione e selezione degli enti erogatori delle prestazioni;
- tariffazione delle prestazioni considerate e volume complessivo della spesa preventivata;
- percentuali di spesa imputate a Asl e Comuni e relativa entità e fonte del finanziamento;
- criteri per la eventuale compartecipazione ai costi dell'utenza e stima delle conseguenti entrate;
- criteri e modalità di accesso alle prestazioni;
- organizzazione e funzionamento della porta unica di accesso, risorse operative, sede di attività e modalità di funzionamento e gestione degli accessi;
- organizzazione e composizione delle Unità di Valutazione Multidimensionale e modalità di gestione della valutazione per i nuovi casi e la rivalutazione dei casi in carico, risorse operative, sedi di attività, modalità e tempi di convocazione,
- tempi di realizzazione e scadenze.

**Tab. 4.1**

<b>INTERVENTO N. 1 ADI</b> ( Assistenza domiciliare integrata )	<b>Riferimenti norme nazionali e regionali</b> Legge 328/2000 Legge regionale 19/2006 Reg.to reg.le 4/2007 art. 88	Quota di compartecipazione Fondo sanitario regionale (ASL) 100% a carico ASL le prestazioni sanitarie 50% a carico ASL le prestazioni degli operatori OSS	Operatori ASL (n., profilo professionale e ore lavoro settimanali Nr. 7 OSS h.nr. Nr.7 infermieri professionali Nr.5 fisioterapisti	Importo annuale a carico dell'Asl € 600.000,00 L'importo è riferito a nr.1.255 utenti	Importo triennale a carico dell'Asl € 1.800.000,00
		Quota di compartecipazione utenti/comuni Come da Regolamento Regionale nr. 4/2007 Artt. 4 - 5 - 6	Operatori (n., profilo professionale e ore lavoro settimanali)* OSA + Assistenti sociali professionali 600 h settimanali circa	Importo annuale a carico dei comuni € 435.000,00	Importo triennale a carico dei comuni € 1.305.000,00
<b>INTERVENTO N. 2 PUA</b> (Porta Unica D' Accesso )	<b>Riferimenti norme nazionali e regionali</b> Legge 328/2000 Legge regionale 19/2006 Reg.to reg.le 4/2007 art. 3	Quota di compartecipazione Fondo sanitario regionale (ASL) 100% a carico della ASL	Operatori ASL (n., profilo professionale e ore lavoro settimanali) Nr.1 assistente sociale Nr.9 h. settimanali Nr. 1 operatore polifunzionale Nr.9 h. settimanali	Importo annuale a carico dell'Asl € 25.000,00	Importo triennale a carico dell'Asl € 75.000,00
		Quota di compartecipazione utenti/comuni 100% a carico dei Comuni	Operatori (n., profilo professionale e ore lavoro settimanali)* n. 9 assistenti sociali professionali 3 h settimanali	Importo annuale a carico dei comuni € 22.392,82	Importo triennale a carico dei comuni € 67.178,46

<b>INTERVENTO N. 3 UVM</b> (Unità di valutazione multidimensionale)	<b>Riferimenti norme nazionali e regionali</b> Legge 328/2000 Legge regionale 19/2006 Reg.to reg.le 4/2007 art. 3  L.R. nr. 4/2010 Art. 27	Quota di compartecipazione Fondo sanitario regionale (ASL)	Operatori ASL (n., profilo professionale e ore lavoro settimanali) N 1 medico Nr. 1 assistente sociale Nr.1 Infermiere professionale Nr.1 fisioterapista Nr. 1 h settimanali complessive Art.3 comma7 R.R.nr.4/07 e L.R.4/10	Importo annuale a carico dell'Asl €30.000,00	Importo triennale a carico dell'Asl € 90.000,00
		Quota di compartecipazione utenti/comuni 100% a carico dei Comuni	Operatori (n., profilo professionale e ore lavoro settimanali)* n. 9 assistenti sociali professionali 2 h settimanali + 9 operatori 2 h settimanali	Importo annuale a carico dei comuni € 14.976,00	Importo triennale a carico dei comuni € 44.928,00
<b>INTERVENTO N. 4 TRASPORTO SOCIALE DISABILI</b>	<b>Riferimenti norme nazionali e regionali</b> Legge 328/2000 Legge regionale 19/2006 Reg.to reg.le 4/2007 Legge reg. n. 4 /2010 art. 46	Quota di compartecipazione utenti/comuni 60% a carico dell'utente e/o Comune, il costo residuo a carico della ASL (40%) Trasporto presso Centri Diurni socio riabilitativi	Operatori (n., profilo professionale e ore lavoro settimanali)*	Importo annuale a carico dei comuni € 50.000,00	Importo triennale a carico dei comuni € 150.000,00

<b>INTERVENTO N. 5</b> <b>RSA ed RSSA per anziani non autosufficienti - disabili e soggetti con patologie psichiatriche stabilizzati</b>	<b>Riferimenti norme nazionali e regionali</b> Legge 328/2000 Legge regionale 19/2006 Reg.to reg.le 4/2007 Art. 70 Artt. 66 e 67  Regolamento reg.le n. 7/2010	Secondo il DPCM 2001 e secondo le disposizioni regionali. I Comuni si impegnano a pagare e/o integrare la quota sociale della retta spettante agli utenti qualora avente diritto.	Servizio esternalizzato e contrattualizzato	ASL € 1.200.000,00 Nr.173 utenti per l'anno 2009  Comuni € 177.978.18	ASL € 3.600.000,00  Comuni € 533.934,54
<b>INTERVENTO NR. 6</b> <b>Strutture Semiresidenziali Centri Socio Riabilitativi e Rieducativi</b>	<b>Riferimenti norme nazionali e regionali</b> Legge 328/2000 Legge regionale 19/2006 Reg.to reg.le 4/2007 Art. 60 Regolamento reg.le n. 7/2010	Secondo il DPCM 2001 e secondo le disposizioni regionali. I Comuni si impegnano a pagare e/o integrare la quota sociale della retta spettante agli utenti qualora avente diritto.	Servizio esternalizzato e contrattualizzato	ASL € 247.500	ASL € 742.500

<b>INTERVENTO N. 7 INTEGRAZIONE SCOLASTICA</b>	<b>Riferimenti norme nazionali e regionali</b> Legge 328/2000 Legge regionale 19/2006 Reg.to reg.le 4/2007 Art. 92 Legge reg. n. 4 /2010 art. 49	L'integrazione scolastica sarà effettuata così come previsto dalla L.R. 4/2010 e secondo il protocollo d'intesa sottoscritto tra il Responsabile del Servizio Specialistico Sovradistrettuale (NIAT)	Assistenti sociali Educatori e figure assimilate	€ 625.330,07	€ 1.875.990,21
<b>ALTRI INTERVENTI INTEGRATI: AFFIDO FAMILIARE E ADOZIONE; ORIENTAMENTO FORMAZIONE E INSERIMENTO LAVORATIVO PER SOGGETTI EX TOSSICODIPENDENTI E X ALCOLISTI E IN TRATTAMENTO PSICHIATRICO</b>	<b>Riferimenti norme nazionali e regionali</b> Legge 328/2000 Legge regionale 19/2006 Reg.to reg.le 4/2007 Art. 102	Gli interventi saranno programmati e realizzati con i Servizi dell'ASL mediante l'adozione di protocolli operativi tra l'Ambito ed i Responsabili dei Servizi interessati. (Consultori, SERT, C.S.M.)	<b>ASL</b> Coordinatore S.S. Distrettuale. Altre figure specialistiche <b>COMUNI</b> Assistente sociale comunale.		

Le parti che sottoscrivono il presente accordo s'impegnano, inoltre, a:

- realizzare l'integrazione sociosanitaria, nei modi, nei tempi e per i servizi specificati nel Piano di Zona e nel PAL e conseguenti documenti attuativi;
- dare avvio a percorsi di rilevazione puntuale del numero degli utenti, delle prestazioni sociosanitarie erogate al fine di una più specifica definizione del sistema di offerta dei servizi sociosanitari integrati e del potenziale o effettivo bacino di utenza; elaborare un piano di comunicazione sociosanitari che contiene la definizione degli obiettivi e della strategia della comunicazione integrata;
- realizzare la Porta Unica di Accesso alla rete dei servizi sociosanitari, per l'attuazione del welfare di accesso e la realizzazione di una parte importante della integrazione sociosanitaria, a partire dalla formulazione delle risposte da fornire ai bisogni degli utenti.

Nella determinazione degli impegni che vengono assunti con il presente accordo, per gli effetti che da essi derivano per il cittadino utente, sono individuati due livelli di responsabilità:

- il primo livello, di carattere politico-istituzionale, è identificato per la parte sociale nel Sindaco del Comune di residenza dell'utente e per la parte sanitaria e socio-sanitaria nella figura del Direttore Generale dell'ASL o suoi delegati (Direttore del Distretto Sanitario o Direttore dell'U.O.C. –Servizi Socio-Sanitari);

- il secondo livello, di carattere gestionale/organizzativo, è identificato nel responsabile dell'UdP, ovvero nell'operatore responsabile del procedimento di presa in carico dei singoli utenti per la parte sociale, nonché nel Coordinatore sociosanitario distrettuale ovvero nell'operatore responsabile del procedimento di presa in carico dei singoli utenti per la parte sanitaria.

**Art. 5 – Modalità di attuazione degli impegni**

Ai fini dell'attuazione degli impegni di cui al presente accordo, per realizzare in forma integrata gli specifici interventi, dettagliati nella tabella 4.1., nel periodo di vigenza del PdZ e del P.A.T a definirsi, i soggetti sottoscrittori definiscono entro 60 gg dalla definizione del presente accordo, i protocolli operativi di attuazione.

**Art. 6 – Attuazione e verifica**

Per realizzare e verificare quanto sopra indicato, si costituisce un coordinamento permanente, composto dal Coordinatore Sociosanitario aziendale e dal dirigente del distretto, in rappresentanza dell'Asl, e dal Presidente dell'ambito territoriale N° 4 e dal Responsabile dell'Ufficio di Piano, in rappresentanza dei Servizi Sociali professionali dei Comuni.

Tale coordinamento, che si incontrerà con periodicità almeno trimestrale (o altra periodicità), ha il compito di verificare la realizzazione concreta di quanto esposto, di individuare e gestire le difficoltà e i problemi che si possono prospettare, di verificare il costante impegno delle parti, di valutare i risultati conseguiti, procedendo nel caso ad aggiornamento degli accordi sottoscritti, di valutare l'orientamento e gli esiti delle eventuali sperimentazioni programmate.

Letto, confermato e sottoscritto

per il Comune di **Mesagne:**

per il Comune di **Cellino San Marco:**

per il Comune di **Erchie:**

per il Comune di **Latiano :**

per il Comune di **San Donaci :**

per il Comune di **San Pancrazio Sal.no:**

per il Comune di **San Pietro Ver.co:**

per il Comune di **Torchiarolo :**

per il Comune di **Torre S. Susanna:**

per l'**ASL/BR**

*Mesagne 8 giugno 2010*