

- Legge 8 novembre 2000, n. 328 -

(Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)



AMBITO TERRITORIALE C10



Comune di Cancello ed Arnone



Comune di Carlola



Comune di Castel Volturno



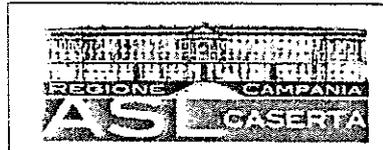
Comune di Falciano del M.



Comune di Mondragone



Provincia di Caserta



ACCORDO DI PROGRAMMA PER LA REALIZZAZIONE IN FORMA ASSOCIATA DEL PIANO SOCIALE DI ZONA TRIENNIO 2013-2015 (PSR 2013/2015) E PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITA' AD INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

ACCORDO EX ART. 34 D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267
ACCORDO EX ART. 19 L. 8 novembre 2000, n. 328
ACCORDO EX ARTT. 10 E 21 L.R. 23 OTTOBRE 2007, n. 11

PREMESSO CHE

- la Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, legge 8 novembre 2000, n. 328, individua il "Piano di Zona dei servizi 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;
- le Regioni sono istituzionalmente preposte ad indicare gli "obiettivi generali della programmazione economico sociale e territoriale e su questa base a ripartire le risorse destinate al finanziamento del programma di investimenti degli enti locali";
- alle Province spettano "le funzioni amministrative d'interesse provinciale che riguardino vaste zone intercomunali o l'intero territorio provinciale nel settore dei servizi sanitari, di igiene e profilassi pubblica", così come previsto dall'art. 19, comma 2, lett. H), del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267;
- ai Comuni spettano tutte le funzioni amministrative che riguardano la popolazione ed il territorio comunale, precipuamente nei settori organici dei servizi alla persona ed alla comunità, così come previsto dall'art. 13, comma 1, del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267;

- alle Regioni spettano altresì tutte le funzioni amministrative indicate all'art. 8 della legge 8 novembre 2000, n. 328;
- alle Province spettano altresì tutte le funzioni amministrative indicate all'art. 7 della legge 8 novembre 2000, n. 328;
- ai Comuni spettano altresì tutte le funzioni amministrative indicate all'art. 6 della legge 8 novembre 2000, n. 328;
- in attuazione della L. 328/00, la Regione Campania ha approvato la Legge Regionale n.11 del 23.10.2007, aggiornata e modificata con la L.R. n. 15/2012;
- ai sensi dell'art. 21 della L.R. 11/07 e s.m.i. il piano di zona di ambito è adottato nel rispetto del piano sociale regionale, attraverso accordo di programma sottoscritto dai comuni associati in ambiti territoriali e dalla provincia, ai sensi dell' articolo 10 e dell'articolo 11, comma 3, lettera b), e sottoscritto in materia di integrazione sociosanitaria, dalla ASL di riferimento;
- ai sensi dell'art. 39 della L.R. 11/07 e s.m.i il coordinamento degli atti programmatici per gli aspetti di integrazione tra servizi e prestazioni sociali e sanitarie è garantito da:
 - a) l'acquisizione da parte delle aziende sanitarie locali del parere dei sindaci sulla programmazione sanitaria e dell'intesa dei sindaci sulla programmazione delle prestazioni sanitarie da integrare alle prestazioni sociali, entrambe incluse nei programmi delle attività territoriali dei distretti sanitari;
 - b) la sottoscrizione da parte del direttore generale dell'azienda sanitaria locale dell'accordo di programma di cui agli articoli 10 e 21, per l'approvazione del piano di zona sociale per la programmazione dei servizi e delle prestazioni sociali da erogare agli utenti portatori di bisogni integrati;
- la DGR Campania n. 50/2012 al punto 6 dell'Allegato 1 ha precisato che per le prestazioni riferite al periodo decorrente dal 1° gennaio 2013 le risorse vengono programmate dagli Ambiti sociali nei Piani di Zona che, per la parte socio-sanitaria, sono controfirmati dalle ASL e coincidenti con i relativi strumenti di programmazione. Tali strumenti di programmazione individuano forme comuni di contabilità e rendicontazione per ciascuna delle prestazioni e degli interventi sociosanitari programmati specificando per le singole istituzioni - comuni associati ed ASL - le rispettive quote di compartecipazione per l'attuazione dei livelli essenziali assistenziali socio-sanitari, nonché le modalità di fatturazione delle risorse da parte dei soggetti coinvolti, nel rispetto del decreto commissariale n. 77 del 11.11.2011 e n. 81 del 20/12/2011;
- il DCA n. 86/2013 precisa che con riferimento alle prestazioni soggette a compartecipazione ai sensi del DPCM del 29.11.2001 ed all'allegato C del decreto commissariale n. 6/2010, si applica quanto disposto con i decreti commissariali n. 77 /2011, n. 81/2011 e con delibera di Giunta regionale della Campania n. 50 del 28 febbraio 2012 e che, pertanto, le prestazioni soggette a compartecipazione dovranno essere fatturate separatamente alla ASL, per la quota dovuta per la componente sanitaria, ed all'utente/Comune per quella dovuta per la componente sociale;
- il suddetto DCA n. 86/2013 dà atto che l'erogazione per il tramite delle aziende sanitarie locali delle risorse stanziata dalla Regione per garantire l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie gravanti sul fondo sociale regionale per la non autosufficienza, relativamente alla quota sociale a carico dei comuni, fatti salvi i costi a carico degli utenti, prevista dall'art. 1, comma 61, della legge regionale 6 maggio 2013, n. 5, sarà regolata da appositi e successivi provvedimenti regionali, con i quali saranno anche definiti i tempi e le modalità di attuazione della citata previsione legislativa;
- ai sensi della L.R. 11/2007, mediante accordo di programma, i comuni adottano il piano di zona degli interventi e servizi sociali di cui all'articolo 21 e ne garantiscono la realizzazione:

- a) adottando, su proposta del coordinamento istituzionale di cui all'articolo 11, le forme associative, le modalità di gestione degli interventi e dei servizi programmati nel piano sociale di ambito, ai sensi del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali";
 - b) assicurando che la gestione associata sovra-comunale determini, in ogni caso un unico centro di costo e di responsabilità relativa alla gestione del fondo d'ambito per l'implementazione del piano di zona di ciascun ambito territoriale;
 - c) assicurando che il fondo d'ambito per l'implementazione del piano di zona contenga tutti i servizi e gli interventi realizzati dagli enti associati per le finalità di cui alla presente legge;
 - d) adottando, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della L.R. 11/2007, i regolamenti di ambito necessari alla gestione del sistema integrato locale con particolare riguardo:
 - ai criteri di scelta delle procedure di affidamento dei servizi al terzo settore ed agli altri soggetti privati in coerenza con gli articoli 43 e 44, con l'inserimento di criteri premiali per l'accesso dei soggetti a prevalente rappresentanza femminile alla gestione dei servizi;
 - ai criteri e modalità organizzative della erogazione dei servizi, dell'accesso prioritario, della compartecipazione degli utenti al costo dei servizi in coerenza con l'articolo 24, commi 1 e 2, e con l'articolo 53;
 - ai criteri e modalità di erogazione, su richiesta degli utenti, di titoli validi per l'acquisto dei servizi presso i soggetti accreditati in coerenza con gli articoli 43 e 44;
 - alla promozione della presenza del servizio sociale professionale in ciascun comune dell'ambito territoriale;
 - alla garanzia che il rapporto numerico tra assistenti sociali e cittadini residenti sia pari, almeno nel minimo, a un assistente sociale ogni diecimila cittadini residenti. Rapporto operatore utenti pari a 1/10.000.
- nell'ambito dei compiti previsti ai commi 1 e 2, i comuni garantiscono il raggiungimento di obiettivi di qualità attraverso:
- a) il controllo e la vigilanza sui servizi erogati con verifiche dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità;
 - b) l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza, ai sensi del regolamento di attuazione di cui all'articolo 8, comma 1, lettera d), delle strutture e dei soggetti che provvedono alla gestione e all'offerta degli interventi e dei servizi del sistema integrato;
 - c) l'irrogazione di sanzioni amministrative nei confronti dei soggetti erogatori in caso di accertata inadempienza dei contenuti della carta dei servizi di cui all'articolo 26;
 - d) il coordinamento di programmi e attività dei soggetti impegnati nella realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
 - e) la previsione di organismi permanenti di consultazione con i soggetti del terzo settore, con le organizzazioni sindacali, e gli altri soggetti pubblici impegnati nella realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
 - f) l'adozione di strumenti per la semplificazione e la trasparenza dell'attività amministrativa tali da garantire la verifica della gestione e l'accesso dei cittadini ad informazioni tempestive e adeguate;
 - g) l'adozione di strumenti volti a promuovere le risorse della comunità locale e a garantire la partecipazione dei cittadini alla programmazione dei servizi ed al controllo della loro qualità;
 - h) la previsione di forme di incentivazione e premiali delle formazioni sociali a prevalente composizione femminile;
 - i) la redazione di un rapporto annuale sul sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari locali secondo le indicazioni del sistema informativo sociale, di cui all'articolo 25.
- i comuni concorrono alla programmazione regionale nelle forme individuate dagli articoli 12, 20, e 21;
- la Regione, allo scopo di garantire il costante adeguamento alle esigenze delle comunità locali, programma gli interventi sociali secondo le indicazioni di cui all'articolo 3, commi 2 e 5, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, promuovendo, nell'ambito delle rispettive competenze, modalità di collaborazione e azioni coordinate con gli enti locali, adottando strumenti e procedure di raccordo e di concertazione, anche permanenti, per dare luogo a forme di cooperazione;

- la Provincia concorre alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per i compiti previsti dall'articolo 19 del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, nonché dall'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, secondo le modalità definite dalle Regioni;
- i Comuni concorrono alla programmazione regionale e sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale esercitate adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini, secondo le modalità stabilite dal D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267;
- la Regione Campania, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 31 marzo 1998, n. 112, ha determinato, ai sensi dell'art. 8, comma 3, lett. a) della legge 8 novembre 2000, n. 328, tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, 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;
- con il primo Piano Sociale Regionale 2009-2011 adottato con D.G.R.C. n.694 del 16 aprile 2009, la Regione Campania ha ribadito la necessità che gli ambiti Territoriali della Regione Campania, ai sensi della legge 328/2000 e della legge regionale della Regione Campania n.11/2007 adottino le forme associative e modalità di gestione degli interventi e dei servizi programmati nel piano sociale d'ambito, ai sensi del T.U.E.L n.267/2000 la cui inottemperanza comporta l'esercizio del potere sostitutivo da parte della stessa regione Campania ai sensi dell'articolo 47 della citata legge regionale;
- con delibera n.134 del 28/05/2013 nonché con il decreto n.308 del 17/06/2013 la Regione ha ribadito la necessità di individuare le modalità associative per l'organizzazione delle prestazioni dei servizi sociali;
- la Regione Campania ha individuato sempre, come prioritaria la riorganizzazione complessiva del sistema di offerta dei servizi sociosanitari, ribadendo il ruolo strategico in ogni ambito della Porta Unica d'Accesso, individuata quale risorsa atta a indicare i percorsi efficaci per affrontare i bisogni di ordine sanitario, sociale e sociosanitario, in modo unitario ed integrato;
- altresì, con lo stesso Piano Sociale Regionale 2013/2015, la Regione Campania ha previsto che la gestione unitaria e sovracomunale determini in ogni caso un unico centro di costo e di responsabilità relativa alla gestione del fondo d'ambito, per l'implementazione del piano di zona di ciascun ambito territoriale, stabilendo, altresì, che lo stesso fondo d'ambito contenga tutti i servizi e gli interventi realizzati dagli enti associati per le finalità di cui alla citata legge regionale;
- nel citato piano Sociale Regionale, la Regione Campania ha ancora sottolineato la necessità ai sensi della legge regionale n.11/2007 che gli uffici di Piano degli Ambiti Territoriali si avvalgano, nei limiti fissati dal Comitato Istituzionale e per il triennio relativo a ciascun piano di zona d'Ambito, di personale degli enti locali e della Asl, nonché di eventuali rapporti di collaborazione assunti in caso di comprovata necessità e con le modalità previste dalla normativa vigente, stabilendo l'obbligatorietà per il Coordinamento Istituzionale d'ambito definire la dotazione organica dell'Ufficio di Piano per un periodo non inferiore al triennio di vigenza del Piano Sociale Regionale;
- con decreto dirigenziale n. 308 del 17/06/2013 - Approvazione Indicazioni operative per la presentazione dei Piani di Zona triennali in applicazione del Piano Sociale Regionale 2013/2015 – la stessa Regione ha stabilito tra l'altro, per la presentazione della programmazione triennale da parte degli Ambiti Territoriali:
 - a) l'obbligatorietà, ai sensi degli artt 7 e 10 della legge regionale della Campania n.11/2007 della contestuale istituzione di una delle modalità associative previste dal T.U.E.L 267/2000;
 - b) l'adozione di una serie di regolamenti, tra i quali, in concertazione con l'Asl, il disciplinare per l'accesso e l'erogazione dei servizi sociosanitari;

- c) l'obbligatoria costituzione del fondo Unico d'Ambito - FUA- determinato attraverso l'istituzione, nel bilancio del comune Capofila, di appositi capitoli dedicati nei quali far confluire:
1. il fondo sociale regionale;
 2. i fondi dei comuni nella misura prevista dal Piano Sociale Regionale;
 3. i fondi Europei a disposizione dell'Ambito per la realizzazione degli interventi che rientrano nel Piano di Zona;
- con deliberazione della G.R.C. n. 1824 del 04.05.2001, pubblicata sul numero speciale del B.U.R.C. del 29.06.2001, così come integrata dalla successiva deliberazione della G.R.C. n. 580 del 12.05.2006 pubblicata sul B.U.R.C. n. 25 del 05.06.2006, venivano individuati gli Ambiti Territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete, tra i quali anche quello denominato C9, comprendente i seguenti comuni:
 1. Carinola – già Distretto sanitario n. 42 ASL CE/2;
 2. Cellole – già Distretto sanitario n. 43 ASL CE/2;
 3. Falciano del Massico - già Distretto sanitario n. 42 ASL CE/2;
 4. Mondragone – già Distretto sanitario n. 42 ASL CE/2;
 5. Sessa Aurunca - già Distretto sanitario n. 43 ASL CE/2;
 - con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 320 del 3 luglio 2012 recante "Modifica degli Ambiti Territoriali sociali e dei Distretti sanitari – Provvedimenti a seguito della Deliberazione di Giunta Regionale N. 40 del 14/02/2011" (pubblicata sul B.U.R.C. n. 42 del 9 Luglio 2012), la Regione Campania, nell'intento di riallineare i Distretti Sanitari con gli Ambiti Territoriali, approvava la modifica della composizione degli Ambiti stessi, in coerenza con quanto disposto dalla legge regionale n. 11/2007, prescrivendone l'operatività a partire dal 1° gennaio 2013 e prevedendo, per gli Ambiti così modificati, l'adozione della forma associativa ritenuta più idonea fra quelle previste dal D. Lgs. n. 267/2000;
 - con la predetta D.G.R.C. n. 320/2012, veniva tra l'altro costituito il nuovo Ambito Territoriale C10 che, oltre ai Comuni di Mondragone, Carinola e Falciano del Massico già appartenenti all'Ambito Territoriale C9, ed in sostituzione dei Comuni di Cellole e Sessa Aurunca, inglobava i Comuni di Canello Arnone e Castel Volturno, facendo coincidere per intero il nuovo Ambito così formato con l'unico Distretto Sanitario n. 23 dell'ASL Caserta;

VISTI

- l'art. 131 del D. Lgs. 31 marzo 1998, n.112 che conferisce alle regioni ed agli enti locali tutte le funzioni ed i compiti amministrativi in materia dei servizi sociali;
- l'art. 3 septies del decreto legislativo n° 229/99 che conferisce alle AASSLL l'obbligo di coordinare e promuovere l'integrazione socio - sanitaria nelle aree ad alta integrazione Socio – Sanitaria, trovando modalità organiche d'intesa con l'Ambito C10- (UVI);
- il DPCM n° 26 del 29/11/01 che istituiva i livelli essenziali di assistenza (L.E.A. e Liveas) nell'area dell'integrazione socio-sanitaria in particolar modo la tabella "C" integrazione Socio - Sanitaria;
- l'art. 19, comma 1, della legge 8 novembre 2000, n. 328, che dispone: "i comuni associati, in ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, comma 6, a definire il Piano di Zona";
- l'art. sopra citato ha espressamente previsto che il Piano di Zona è adottato attraverso l'Accordo di programma a cui partecipano i Comuni associati, l'Amministrazione provinciale e l'azienda sanitaria locale CE; Tale Accordo è disciplinato per le AA.SS.LL. dall'articolo 3, D. Lgs. n. 502/92, così come modificato dal D. Lgs. n. 229/99; per gli organismi non lucrativi di utilità sociale dal D. Lgs. n. 460/97; per gli organismi della cooperazione (cooperative; cooperative sociali, dalla L.n.381/91, altri organismi a

modello mutualistico); per le associazioni ed enti di promozione sociale dalla L.n.383/2000); per le fondazioni e gli enti di patronato e per le organizzazioni di volontariato dalla L. n.266/91); per gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore della programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza dalla normativa Ipab;

- l'art. 34 del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, che prevede la stipula di accordi di programma per la definizione e l'attuazione di opere, di interventi o di programmi di intervento richiede, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di comuni, di province e regioni, di amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici, anche su richiesta di uno o più dei soggetti interessati, per assicurare il coordinamento delle azioni e per determinarne i tempi, le modalità, il finanziamento ed ogni altro adempimento connesso;
- l'art. 15 della L.7 agosto 1990, n. 241, stabilisce che le amministrazioni pubbliche possono sempre concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento di attività d'interesse comune;
- l'art. 10 della Legge Regionale 11/07, che indica chiaramente che i Comuni associati sono titolari della programmazione in materia di interventi e servizi sociali;
- l'art. 3, comma 2 della L. 328/2000 che prevede la programmazione di interventi socio-sanitari congiunta tra EE.LL. e le Aziende ASL e l'art. 8, comma 1, che prevede che le Regioni disciplinino l'integrazione degli interventi sociali, con particolare riferimento all'attività sanitaria e sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria;
- le recenti novità legislative introdotte dalla Regione Campania con l'approvazione degli indirizzi strategici triennali 2013/2015 per la redazione e presentazione dei Piani di Zona Sociali triennali avvenuta con la deliberazione di Giunta Regionale N. 134 del 28/05/2013 nonché con il decreto n.308 del 17/06/2013;
- la deliberazione del Coordinamento Istituzionale del ____ maggio 2013 con la quale è stato approvato lo schema del presente Accordo di Programma;
- lo statuto dei Comuni di Cancellò ed Arnone, Carinola, Castel Volturno, Falciano del Massico e Mondragone;
- lo statuto della Provincia di Caserta;
- la legge 7 agosto 1990, n.241 e ss.mm.ii.;

CONSIDERATA

- la necessità da parte degli enti aderenti al presente Accordo di facilitare ed 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, attraverso la definizione di un Piano di Zona, così come previsto dall'art. 19, della legge 8 novembre 2000, n. 328, e dall'art. 21 della Legge Regionale della Campania 23 ottobre 2007, n. 11;

TANTO PREMESSO, VISTO E CONSIDERATO I SEGUENTI ENTI:

Comuni di:

- Mondragone, rappresentato dal Sindaco dott. Giovanni Schiappa;
- Cancellò ed Arnone, rappresentato dal Sindaco dott. Pasqualino Emerito;
- Carinola, rappresentato dal Sindaco dott. Luigi De Risi;

Castel Volturno, rappresentato dal Commissario Straordinario Dott. Antonio Contarino;
 Falciano del Massico, rappresentato dal Sindaco dott. Giosuè Santoro;
 Provincia di Caserta, rappresentata dal Presidente on. dott. Domenico Zinzi
 Azienda Sanitaria Locale CASERTA rappresentata da Commissario Straordinario dott. Paolo Menduni
 Il giorno _____ del mese di maggio dell'anno duemilatredici, in Mondragone presso la sede del Piano di
 Zona C10, in ossequio della deliberazione del Coordinamento Istituzionale del _____ maggio 2013,
 SOTTOSCRIVONO IL SEGUENTE

**ACCORDO DI PROGRAMMA PER LA REALIZZAZIONE IN FORMA ASSOCIATA DEL
 PIANO SOCIALE DI ZONA TRIENNIO 2013/2015 (PSR 2010/2015)
 E PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITA' AD INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA**

PARTE PRIMA

FINALITÀ DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA

Recepimento della premessa – Finalità – Oggetto – Principio di leale collaborazione

Art. 1 - Recepimento della premessa.

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

Comune di Cancellò ed Arnone, Comune di Carinola, Comune di Castel Volturno, Comune di Falciano del Massico, Comune di Mondragone, Provincia di Caserta, Azienda Sanitaria Locale CASERTA.

La premessa è parte integrante dell'Accordo di Programma.

L'assunzione di responsabilità e di reciproci impegni è ritenuta condizione imprescindibile per l'attuazione del Piano di Zona dei servizi socio-sanitari da parte delle Amministrazioni che aderiscono al presente Accordo di Programma e, più in generale, di tutte le Amministrazioni che hanno competenza in tema di servizi socio-sanitari, nonché per la coerente ed efficace conduzione del Piano di Zona stesso e per l'attuazione ed il costante miglioramento delle attività e dei servizi previsti dalla legge 8 novembre 2000, n. 328 e legge Regionale 11/07. I Comuni e gli altri Enti firmatari del presente accordo si obbligano a contribuire alla realizzazione degli obiettivi indicati nel Piano di Zona, secondo la parte a ciascuno di essi attribuita e in particolare, ai fini del raggiungimento degli obiettivi medesimi, si impegnano ad operare secondo il principio di "*leale collaborazione*", come meglio specificato all'art. 4, e ad applicare 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 stesso.

Art. 2 - Finalità.

Il presente Accordo di programma si propone:

- a) di confermare le modalità di attuazione del Piano Sociale di Zona Triennio 2013 – 2015 così come elaborato dall'Ufficio di Piano secondo le indicazioni della D.G.R.C. n. 134 del 28/05/2013;
- b) di accettare e condividere le prescrizioni normative, amministrative ed organizzative previste dalla legge regionale della regione Campania, n.11 del 23 Ottobre 2007, nonché le modifiche apportate dalla legge n.15 del 2012;
- c) di promuovere la gestione unitaria del Piano di Zona regolando compiutamente l'esercizio associato dei Servizi e delle prestazioni sociali;
- d) di migliorare di concerto con l'Azienda ASL CE il percorso fino ad oggi seguito per la piena integrazione tra le attività dei Servizi sociali comunali e dei Servizi sanitari e sociosanitari della ASL CE secondo le modalità già definite nelle annualità precedenti che, con la sottoscrizione del presente accordo, vengono riproposte con obbligo di specifica rinegoziazione;
- e) di confermare con riferimento all'integrazione sociosanitaria l'adozione degli orientamenti contenuti nella delibera di Giunta regionale n.50/12, ed in particolare nella delibera n. 1811 del 12/10/2007 (Adozione di un nuovo strumento multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali – adempimento ai sensi del DGRC 460 DEL 20/03/2007);

f) di attuare la gestione associata delle funzioni inerenti i servizi sociali, i servizi sociosanitari e i servizi educativi di competenza dei Comuni appartenenti all'Ambito.

Art. 3 - Oggetto.

Il presente Accordo di programma ha per oggetto:

- a) la compiuta definizione dei reciproci rapporti fra i soggetti istituzionali coinvolti nell'attuazione dei servizi e degli interventi previsti nel Piano di Zona triennio 2013/2015 - (PSR 2013/2015);
- b) il recepimento da parte delle Amministrazioni pubbliche coinvolte dei protocolli d'intesa e dei regolamenti già sottoscritti aventi per oggetto la gestione integrata dei servizi socio assistenziali e socio sanitari;
- c) l'individuazione del Comune di Mondragone, quale ente capofila, come il soggetto pubblico incaricato di agire amministrativamente per la gestione associata delle risorse che confluiscono nel Fondo Unico d'Ambito;
- d) l'individuazione dell'Organo Tecnico – Ufficio di Piano – quale strumento di regia delle scelte sociali operata dal Coordinamento Istituzionale;
- e) l'individuazione del Coordinatore dell'Ufficio di Piano nella persona del Dott. Edoardo Vignale, Responsabile della Ripartizione Sociale e Culturale del Comune di Mondragone;
- f) l'integrazione socio-sanitaria, secondo la normativa vigente per l'applicazione dei LEA – DPCM 29/11/2001.

Art. 4 - Principio di leale collaborazione.

Gli enti sottoscrittori si impegnano a dare attuazione al presente Accordo di Programma con spirito di leale collaborazione teso al raggiungimento degli obiettivi attraverso una costruttiva ricerca dell'interesse pubblico generale che conduca a soluzioni che realizzino il necessario bilanciamento degli interessi coinvolti, evitando l'assunzione di posizioni pregiudizialmente dirette alla tutela esclusiva del singolo interesse pubblico di cui ciascuna di esse è affidataria.

PARTE SECONDA

I RAPPORTI TRA I SOGGETTI SOTTOSCRITTORI

Priorità – Ente capofila e suo ruolo- Impegni dei soggetti firmatari – Impegni dei soggetti firmatari con riferimento all'integrazione socio-sanitaria – Responsabilità

Art. 5 - Priorità.

Le componenti istituzionali firmatarie dell'accordo, in conformità alla legge regionale n. 11/2007 e al Piano Sociale Regionale 2013-2015, intendono realizzare in forma integrata specifici interventi nell'ambito dei settori indicati come prioritari dalla Regione Campania.

Art. 6 – Ente capofila e suo ruolo.

I Comuni associati dell'Ambito C10, attraverso il Comune di Mondragone in qualità di Ente capofila, diventano destinatari di tutti i finanziamenti previsti dalla legge n. 328/2000 in ossequio all'art. 10 della legge regionale n. 11/2007.

L'Ente capofila è titolare delle funzioni amministrative e degli interventi sociali attivati con i finanziamenti ottenuti. Ha il compito di verificare e vigilare sul presente Accordo di Programma.

Art. 7 - Impegni dei soggetti firmatari.

Le Parti che sottoscrivono il presente accordo adottano il Piano Sociale di Zona triennale 2013 – 2015 in attuazione del II° Piano Sociale Regionale 2013 – 2015 approvato dalla Regione Campania con DGR n. 134 del 28 maggio 2013, e la rimodulazione della I annualità del triennio, impegnandosi a:

- a) realizzare gli interventi approvati nei territori di competenza, nel rispetto dei criteri e delle modalità definiti dal Piano stesso;
- b) dare avvio ad ogni intervento sottoscritto dando atto che in caso contrario i fondi degli interventi e i servizi che eventualmente non dovessero essere avviati verranno riutilizzati per altri progetti nello stesso territorio di riferimento;

c) realizzare con l'ASL Caserta – Distretto Sanitario n. 23 - l'integrazione socio - sanitaria, nei modi, nei tempi e per i servizi specificati nel Piano di Zona e nel presente accordo integrativo, in coerenza alle modalità e alle procedure emanate e/o da emanarsi da parte della Regione Campania;

d) realizzare la Porta Unitaria di Accesso alla rete dei servizi sociali e socio - sanitari di ambito, per l'attuazione del welfare d'accesso e la realizzazione di una parte importante della integrazione socio - sanitaria, a partire dalla formulazione delle risposte da fornire ai bisogni degli utenti;

e) garantire la realizzazione nell'Ambito dei servizi afferenti ai livelli essenziali di assistenza individuati dalla Regione Campania per l'area sociale e per l'area socio - sanitaria.

L'Amministrazione Provinciale di Caserta, nell'ambito della propria responsabilità di coordinamento delle iniziative adottate sul territorio provinciale, garantisce la coerenza degli interventi presentati dagli enti locali con gli obiettivi della Legge e della delibera regionale, assicura il presidio delle funzioni di monitoraggio dell'attuazione della Legge e del Piano, di documentazione, promozione e consulenza metodologica. La Provincia di Caserta garantisce altresì assistenza e collaborazione nella definizione di progetti di inserimento lavorativo di soggetti appartenenti a fasce deboli e svantaggiati.

L'Azienda Sanitaria Locale Caserta, per il tramite del Distretto Sanitari n. 23, si impegna a garantire la gestione dei progetti programmati nell'ambito del Piano di Zona, e a garantire le prestazioni, con proprio personale, previste dagli atti congiuntamente sottoscritti e per quanto di propria competenza.

I Comuni dell'Ambito C10, attraverso l'Ufficio del Piano di Zona, assumono l'impegno di seguire l'esecuzione degli interventi di propria competenza, curandone gli aspetti operativi di realizzazione e provvedendo alla eventuale stipula di apposite convenzioni con operatori esperti e con organizzazioni del privato sociale coinvolte nell'attuazione degli stessi. Si impegnano, altresì, a collaborare con gli incaricati della Provincia nella fase di monitoraggio in itinere e di valutazione; provvedono inoltre ad assicurare l'attività amministrativa-contabile di gestione dei progetti nonché l'attività di rendicontazione della spesa sostenuta, nei termini che verranno definiti dalla Regione Campania.

I Comuni, attraverso l'Ufficio del Piano di Zona, si impegnano inoltre a promuovere e ad attivare misure di inserimento lavorativo di soggetti appartenenti a fasce deboli, anche avvalendosi degli strumenti della Legge 68/1999.

Le attività del Piano di Zona saranno finanziate con le risorse economiche messe a disposizione annualmente dal Fondo per le Politiche Sociali, sulla scorta del Piano di Riparto Regionale, adottato dalla Regione Campania, nell'esercizio delle funzioni conferite dagli articoli 131 e 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e dalla legge 8 novembre 2000, n. 328, e dalla legge regionale della Campania n. 11/2007.

Ciascun Comune contribuisce al costo complessivo dei servizi erogati e alle spese di gestione con una quota proporzionale al numero degli abitanti, determinata in misura non inferiore a € 7,00 per abitante residente. In sede di approvazione del documento contabile preventivo si provvede alla determinazione degli oneri a carico di ciascun Comune, prevedendo che quanto di spettanza venga trasferito da ciascun Comune sul fondo per le attività convenzionate in due rate semestrali del 50%, da erogarsi obbligatoriamente entro i mesi di febbraio e luglio di ciascun esercizio finanziario.

Infine, i Comuni morosi per le annualità precedenti dovranno presentare opportuno Piano di rientro – ristrutturazione del debito contratto verso il Comune di Mondragone – entro la data del _____ pena la sospensione degli interventi previsti dal PdZ 2013/2015.

Art. 8 – Impegni dei soggetti firmatari con riferimento alla integrazione socio-sanitaria.

Coordinamento socio-sanitario e Ufficio sociosanitario integrato

Per l'esercizio congiunto delle funzioni e dei compiti relativi alla programmazione, gestione, monitoraggio, contabilità e rendicontazione delle prestazioni socio-sanitarie integrate, gli Enti sottoscrittori istituiscono il Coordinamento socio-sanitario, composto per l'ASL dal Direttore dell'U.O.C. Coordinamento Sociosanitario e per l'Ambito dal Coordinatore dell'Ufficio di Piano, nonché, a livello distrettuale, l'Ufficio sociosanitario integrato, composto per l'ASL dal Direttore del Distretto e dal referente dell'Ufficio Sociosanitario, nonché per l'Ambito Territoriale dal Coordinatore e dal personale dell'ufficio di piano.

Il Coordinamento socio-sanitario svolge le seguenti funzioni: programmazione territoriale integrata relative alle prestazioni socio-sanitarie da inserire nel Programma delle Attività Territoriali (PAT) e nel Piano di Zona Sociale (PDZ), programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA socio-sanitari), definizione del livello organizzativo,

gestionale ed operativo della integrazione sociosanitaria territoriale e formulazione degli atti regolamentari e dei protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria protetta", e a quelli relativi all'ADI. E' compito del Coordinamento socio-sanitario, inoltre, aggregare tutte le attività assistenziali socio-sanitarie, individuate dal DLgs 502/92 e s.m.i., dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata.

L'Ufficio socio-sanitario integrato collabora con il Coordinamento socio-sanitario alla programmazione delle prestazioni socio-sanitarie da inserire nel Programma delle Attività Territoriali e nel Piano di Zona, effettua l'analisi dei bisogni socio-sanitari e delle risorse, assicura il coordinamento e raccordo, in particolare tra i servizi sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria del distretto e tra questi e i servizi sociali territoriali, garantisce il funzionamento della PUA e dell'UVI, assicura la gestione ed il monitoraggio congiunto delle prestazioni socio-sanitarie, e rende operativo il sistema unico di contabilità e rendicontazione delle prestazioni socio-sanitarie.

Prestazioni socio-sanitarie integrate

Per le prestazioni socio-sanitarie integrate riferite al periodo decorrente dal 1° gennaio 2013 al 31 dicembre 2013, in uno con la stipula del presente accordo, gli Enti sottoscrittori approvano la scheda finanziaria 3.7 allegata al Piano di Zona Sociale ed il documento denominato "prestazioni 2013" riportante tutte le informazioni riferite alle forme comuni di programmazione, gestione, monitoraggio, contabilità e rendicontazione per ciascuna delle prestazioni e degli interventi sociosanitari programmati, specificando le rispettive quote di compartecipazione (AT, utente, ASL).

In considerazione che il presente Accordo viene sottoscritto non all'inizio della I annualità (2013), al fine di garantire continuità assistenziale agli utenti già in carico, sono fatte salve le prestazioni socio-sanitarie erogate ed approvate dall'UVI anche in assenza dell'Ambito territoriale, purché per il periodo 1 gennaio 2013 - 15 settembre 2013 l'Ambito per il tramite dell'ufficio di piano e l'ASL per il tramite del Direttore del Distretto Sanitario sottoscrivano congiuntamente uno specifico rendiconto riportante il costo complessivo e la relativa ripartizione tra ASL, Ambito e utenti su specifica modulistica appositamente concordata.

Gli Enti sottoscrittori concordano che come previsto dal DCA n. 86/2013 le prestazioni sociosanitarie integrate soggette a compartecipazione dovranno essere fatturate separatamente alla ASL, per la quota dovuta per la componente sanitaria, ed all'utente / Comune per quella dovuta per la componente sociale.

Per le prestazioni socio-sanitarie integrate riferite ad annualità successive nell'ambito della durata del presente Accordo, gli Enti sottoscrittori concordano che le stesse siano definite di comune accordo tra l'ASL e l'Ambito e riportate in uno specifico documento compresa la scheda 3.7 da sottoporre all'approvazione del Direttore Generale dell'ASL e del Coordinamento Istituzionale.

Porta Unitaria di Accesso

Gli Enti sottoscrittori si impegnano, in conformità a quanto previsto dalla DGRC n. 790 del 21/12/2012 ad istituire la Porta Unitaria di Accesso individuando punti di Accesso diffusi in maniera capillare sul territorio di riferimento, Distretto Sanitario/Ambito Territoriale al fine di garantire le seguenti funzioni:

A) Accoglienza, informazione e orientamento, che si esplica con attività di:

- accoglienza dell'utenza;
- ascolto attivo delle richieste e dei bisogni;
- prima lettura del bisogno espresso dal cittadino;
- informazione relativamente ad opportunità, risorse, prestazioni e possibili agevolazioni nonché sul sistema dei servizi esistenti ed accessibili;
- orientamento nell'utilizzo dell'informazione fornita verso il canale più adatto per ottenere una risposta adeguata da altri servizi.

B) Accompagnamento, che si esplica nell'indirizzare attivamente l'utente verso le strutture erogatrici di servizi (diversi da quelli forniti dalla P.U.A.), attraverso, per esempio, la definizione di appuntamenti o nell'attivare servizi ed équipe professionali (come U.V.I.), preposti alla valutazione di secondo livello nel caso di bisogno complesso;

C) Risoluzione di problemi semplici, che si esplica con l'erogazione immediata, o comunque tempestiva, di risposte adeguate a bisogni semplici (come l'accesso a prestazioni assistenziali che richiedono la sola

progettazione sociale, contabilità, ecc.), così come distaccati da ognuno dei cinque Comuni facenti parte dell'Ambito C10.

Nella definizione dell'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano, le Amministrazioni interessate si impegneranno ad individuare altre risorse umane.

Art. 12 - Coordinamento Istituzionale.

La funzione di indirizzo programmatico, amministrativo, di attuazione e di controllo della gestione del Piano di Zona e dei PP.AA.TT. è riservata al Coordinamento Istituzionale.

Il Coordinamento è formato dal Presidente della Provincia, dal Direttore Generale della A.S.L., dai Sindaci dei Comuni aderenti all'ambito C10 ovvero da loro delegati.

Per il suo funzionamento si rimanda al vigente Regolamento d'Ambito.

Art. 13 - Azioni di comunicazione sociale sugli obiettivi, le attività e i risultati del Piano di Zona.

Le attività di informazione e di comunicazione sono attuate con ogni mezzo di trasmissione idoneo ad assicurare la necessaria diffusione di messaggi, anche attraverso la strumentazione grafico-editoriale, i siti web, le strutture informatiche, le funzioni di sportello, le reti civiche, le iniziative di comunicazione integrata e i sistemi telematici multimediali.

Le attività di informazione e di comunicazione sono, in particolare, finalizzate a:

- illustrare e favorire la conoscenza delle attività poste in essere, al fine di facilitare l'accesso all'utenza;
- illustrare le attività del Piano di Zona e il loro funzionamento;
- favorire l'accesso ai servizi sociali, promuovendone la conoscenza;
- favorire processi interni di semplificazione delle procedure e di modernizzazione degli apparati nonché la conoscenza dell'avvio e del percorso dei procedimenti amministrativi.

PARTE QUARTA

ESECUZIONE DELL'ACCORDO

Soluzioni delle controversie - Efficacia dell'attività amministrativa già espletata prima della stipula del presente accordo - Recesso - Durata dell'Accordo di Programma e sua conclusione - Efficacia dell'Accordo - Esenzione del bollo - Registrazione - Disposizioni conclusive

Art. 14 - Soluzione delle controversie.

Le contestazioni che dovessero insorgere a causa di inadempienza dell'osservanza, interpretazione ed esecuzione del presente Accordo, sono devolute all'Autorità Giudiziaria competente.

Art. 15 - Efficacia dell'attività amministrativa già espletata in vista della stipula del presente accordo.

Sono salvi gli effetti delle deliberazioni, protocolli di intesa, convenzioni di qualsiasi genere, pareri, assensi, accordi relativi a progetti già approvati, posti in essere da parte degli enti firmatari del presente atto anteriormente alla stipula del medesimo, con particolare riferimento agli obblighi comunque precedentemente assunti tra i contraenti a fronte dei programmi operativi e dei progetti di cui al precedente piano sociale triennale I PSR.

Art. 16 - Recesso.

Gli enti sottoscrittori si impegnano, nel caso intendano recedere dal presente Accordo, in tutto o in parte, di darne comunicazione agli altri sottoscrittori con un anticipo non inferiore a tre mesi, al fine di consentire ai soggetti rimanenti di ridefinire i reciproci obblighi e impegni.

Art. 17 - Durata

La durata del presente accordo è triennale, eccetto che per la parte economica che andrà riformulata per le annualità successive.

Il presente accordo di programma avrà efficacia dall'inizio della attività previste nel Piano stesso fino alla conclusione di tutti gli interventi ivi programmati, compresa la fase del monitoraggio e rendicontazione.

Lo stesso accordo potrà essere prorogato e/o rinnovato o adeguato, in funzione di nuove esigenze progettuali condivise dai firmatari e/o in presenza di nuove disposizioni regionali. Le parti si impegnano e si

compilazione e presentazione di una modulistica con allegato l'ISEE) che escludano la valutazione di tipo multidimensionale;

D) Attivazione dell'U.V.I. e Avvio del processo di presa in carico;

E) Osservatorio, che si esplica con l'attività di monitoraggio sull'attività svolta attraverso la raccolta e l'analisi di dati sulla domanda e sull'offerta di servizi (mappatura) al fine di migliorare la qualità del servizio offerto, tenendo conto anche di reclami e suggerimenti dell'utenza.

Gli Enti sottoscrittori concordano inoltre di adottare il "Prototipo scheda di accesso" allegato A alla richiamata DGR n. 790/2012 quale modello per la scheda di accesso alla PUA, nonché il "Format del Regolamento delle procedure operative allegato B alla richiamata DGR n. 790/2012 quale Regolamento delle procedure operative della PUA, così come recepito anche dall'ASL Caserta con la deliberazione n. 45 del 15/01/2013.

Unità di Valutazione Integrata

Gli Enti sottoscrittori istituiscono l'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.), quale equipe socio-sanitaria multidisciplinare integrata, composta da personale dell'ASL e dell'Ambito territoriale. All'UVI devono partecipare i seguenti componenti:

- Direttore del Distretto Sanitario e Coordinatore dell'Ufficio di Piano entrambi delegati alla spesa per le parti di ciascuna competenza;
- Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) dell'assistito e assistente sociale dell'Ambito Territoriale, entrambi responsabili della presa in carico del cittadino/utente;
- Medico dell'U.O. distrettuale competente.

L'UVI può essere integrata con figure specialistiche sanitarie e sociali legate alla valutazione del singolo caso, su richiesta rispettivamente del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano. Per il funzionamento dell'U.V.I. le parti adottano la scheda composizione UVI allegata al Piano di Zona e ai sensi dell'art. 41 della L.R. 11/07 il regolamento unico per l'accesso e l'erogazione dei servizi socio-sanitari allegato al Piano di Zona Sociale.

Art. 9 - Responsabilità.

Nella determinazione degli impegni che vengono assunti con il presente Accordo di Programma e per gli effetti che da essi derivano per il cittadino utente, vengono individuati tre livelli di responsabilità:

- a) il primo livello, di carattere istituzionale, identificato per la parte sociale nel sindaco del Comune di appartenenza dell'utente e per la parte sanitaria nel responsabile di zona dell'azienda sanitaria;
- b) il secondo livello di carattere organizzativo/gestionale identificato nel responsabile della struttura organizzativa (del Piano di Zona e dell'ASI);
- c) il terzo livello di carattere professionale identificato nelle UVI - operatore investito della conduzione del caso ovvero dell'intervento, comunicato al cittadino.

PARTE TERZA

ASPETTI ORGANIZZATIVI

Rapporti con il terzo settore – Assetto organizzativo e competenze dell'Ufficio di Piano – Coordinamento istituzionale – Azione di comunicazione sociale sugli obiettivi, le attività e i risultati del Piano di Zona

Art. 10 - Rapporti con il terzo settore.

Con i soggetti del Terzo Settore, se e in quanto individuati come protagonisti per la realizzazione dei progetti inclusi nel Piano di zona sociale, vengono instaurati rapporti formali regolati da convenzioni stipulate, a seguito di procedure di affidamento ovvero di accreditamento, in base alle norme vigenti, nonché attraverso la costituzione di un Tavolo Permanente di confronto al quale saranno invitati a prendere parte tutti gli esponenti delle organizzazioni più rappresentative.

Art. 11 - Assetto organizzativo e competenze dell'Ufficio di Piano.

Per l'attuazione del Piano di Zona, l'Ambito Territoriale C10 si avvale dell'Ufficio di Piano che si configura come la struttura tecnica-operativa permanente del Piano Sociale di Zona, e ne garantisce la continuità, l'unitarietà e l'omogeneità. La dotazione organica del personale dell'Ufficio di Piano, attualmente, è costituita dalla figura del Coordinatore e da cinque componenti (con esperienza in diritto amministrativo,

obbligano fin d'ora a ratificare e confermare il presente accordo di programma in sede di costituzione della forma giuridica associativa dell'ambito C10.

Art. 18 - Efficacia dell'Accordo.

L'Accordo avrà efficacia tra le parti dal momento della sottoscrizione mentre sarà opponibile ai terzi dal momento dell'attuazione degli adempimenti di cui all'art. 34, comma 4, del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267.

Art. 19 - Esenzione del bollo.

La presente scrittura privata gode dell'esenzione del bollo ai sensi del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642 Allegato B art. 16 nel testo integrato e modificato dall'art. 28 D.P.R. 30 dicembre 1982, n. 955 e D.M. 20 agosto 1992.

Art. 20 - Registrazione.

Per il presente atto non vi è obbligo di chiedere la registrazione ai sensi dell'art. 1 della Tabella "Atti per i quali non vi è obbligo di chiedere la registrazione allegata al D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131".

Art. 21 - Disposizioni conclusive.

Per quanto non previsto dal presente accordo si rinvia alla vigente disciplina generale dell'accordo di programma, di cui all'art. 34 del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267 ed all'art. 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241.

firme Enti sottoscrittori

Aslenda Sanitaria Locale Caserta
Paolo Menduni
Direttore Generale

ASL CASERTA

Provincia di Caserta

Comune di Cancellò ed Arnone

Comune di Carinola

Comune di Castel Volturno

Comune di Falciano del Massico

Comune di Mondragone

Letto, sottoscritto

Il Presidente

Dott. Giovanni Schiappa

Pubblicazione all'Albo Pretorio on line del Comune di Mondragone, capofila del Piano di Zona Servizi Sociali e Socio - Sanitari Ambito C10 in data _____

[Handwritten signatures and official stamp of the Comune di Mondragone, Sindaco]

Il responsabile

F.to _____

Mondragone, _____

Copia conforme all'originale, per uso amministrativo e di ufficio.

Mondragone, _____

