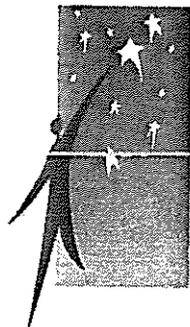


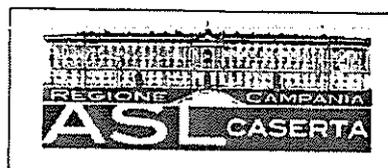
- Legge 8 novembre 2000, n. 328 -

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

Ambito Territoriale C10



REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale CASERTA
Distretto Sanitario n. 23



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

(ai sensi dell'art. 41 della L.R. Campania n.11/2007 e della D.G.R. Campania n. 41/2011)

Regolamento approvato dal Coordinamento Istituzionale nella seduta del ____ settembre 2013

Art. 1

Ambito di applicazione

Il presente regolamento disciplina i criteri e le procedure per l'accesso e la erogazione dei servizi socio-sanitari integrati, ai sensi dell'art. 41 della L.R. Campania n. 11/07 e della D.G.R. Campania n. 41/2011, attraverso procedure unitarie e condivise tra l'ASL Caserta - Distretto Sanitario n. 23 e l'Ambito Territoriale C10.

Art. 2

Le prestazioni socio sanitarie: definizione

Le prestazioni socio sanitarie si dividono in tre tipologie:

1. *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;*
2. *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria;*
3. *prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione.*

La prima tipologia, *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, risponde alla necessità di mettere in atto prestazioni tese alla promozione della salute, alla prevenzione, all'individuazione, alla rimozione e al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite. Tutte queste prestazioni sono di competenza delle Aziende Sanitarie Locali e a carico delle stesse, inserite in progetti personalizzati ed erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali;

La seconda tipologia di prestazioni si caratterizza per la forte componente sociale, da qui il nome di *prestazione sociale a rilevanza sanitaria*, correlata a particolari stati di bisogno dovuti a problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Queste prestazioni sono di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi;

La terza tipologia prevede invece le *prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione*. Questa tipologia si configura per tutte quelle particolari situazioni in cui non è possibile definire la prevalenza dell'uno o dell'altro fattore sociale o sanitario poiché la complessità è tale da non poter scindere le due fattispecie. Per tali prestazioni l'entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza delle AA.SS.LL. e dei Comuni (DPCM 14.02.01 e allegato 1 C del DPCM 29.11.01).

Art. 3

Le prestazioni socio sanitarie integrate

Le prestazioni socio sanitarie integrate attengono prevalentemente alle aree:

- materno infantile;
- anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative;

5. Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone con infezione da HIV - prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale.

A tali prestazioni si aggiungono tutte le prestazioni che prevedono una presa in carico congiunta Ambito - Asl e che sono erogate da equipe socio-sanitarie integrate.

Art. 4

I destinatari

I destinatari delle prestazioni socio-sanitarie integrate sono cittadini residenti nei Comuni associati dell'Ambito in stato di bisogno sociosanitario complesso, con particolare riferimento ai soggetti fragili, in condizione di dipendenza e non autosufficienza. In caso di utenti inseriti in assistenza residenziale, vale, in raccordo con la normativa vigente, la residenza prima del primo ricovero (L. 328/2000, art. 6, comma 4).

Art. 5

Accesso e erogazione dei servizi socio-sanitari integrati

L'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti prestazioni socio sanitarie integrate avviene con procedure unitarie e condivise tra le UU.OO. del distretto sanitario e l'ufficio di piano ed i servizi programmati nel Piano di Zona attraverso:

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

Art. 6

La Porta Unica di Accesso

E' istituita la Porta Unica di Accesso (PUA) intesa, ai sensi dell'art. 41 della legge regionale della Campania 11/2007, " *quale funzione esercitata sia dal segretariato sociale per i comuni sia dai distretti sanitari per le ASL, con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti (sociali, sanitari e sociosanitari)*".

Le linee operative vengono applicate come da DGRC n. 790 del 21/12/2012 "Approvazione delle Linee Operative per l'Accesso Unitario ai Servizi SocioSanitari - P.U.A." ratificate con D.C.A. n. 84/2013 e deliberazione ASL CE n. 45 del 15.01.2013 ad oggetto "Recepimento della DGRC n. 790 del 21/12/2012".

La Porta Unica di Accesso (PUA) è una funzione territoriale attivata all'interno del Servizio di Segretariato Sociale presente in ogni Comune dell'Ambito ed all'interno della sede dei distretti

complessità che richiedano una attività integrata con la partecipazione sia del servizio sociale sia del servizio sanitario, il punto di accesso deve attivare il Servizio Sociale Professionale e l'UO distrettuale competente, che in raccordo con il MMG/PLS, formulano proposta motivata di ammissione alle prestazioni socio sanitarie integrate.

Art. 9

La proposta di ammissione

La proposta di Ammissione è inviata al Direttore del Distretto Sanitario ed al Coordinatore dell'Ufficio di Piano, ai quali è affidata la responsabilità di attivare l'UVI.

La Proposta di ammissione è predisposta su supporto informatico secondo il modello allegato (*cf. allegato 2*) che contiene, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso, le seguenti informazioni:

- a) indicazioni generali di carattere socio ambientale relative a condizioni abitative e situazione familiare (nucleo di convivenza e di primo grado), rete familiare e sociale di supporto, situazione economica del soggetto e del nucleo familiare;
- b) bisogno/problema rilevato (condizioni generali di salute, diagnosi cliniche e patologie presenti), corredato da certificazione medica del MMG/PLS o di struttura pubblica a supporto della richiesta;
- c) prima valutazione sulla presenza dei requisiti per l'attivazione del servizio specifico;
- d) prima ipotesi di intervento;
- e) principali riferimenti territoriali da attivare per la valutazione multidimensionale (MMG/PLS, unità operative distrettuali, servizio sociale, ecc...);
- f) tempi di attivazione dell'UVI.

Nei casi di cui all'art. 15 la proposta di ammissione viene trasmessa al Direttore del Distretto Sanitario dalla Direzione medica dell'Ospedale in cui è ricoverato il paziente unitamente ad una relazione clinica in cui, oltre alla diagnosi, viene indicata la data prevista per la dimissione ed i bisogni assistenziali della persona.

La condizione di dimissibilità ed il rientro a domicilio devono essere condivisi ed approvati in sede di UVI in via preventiva rispetto alla dimissione.

In tali casi sarà rilevante l'assistente sociale competente per il caso che dovrà redigere la relazione sociale con informazioni relative alla situazione familiare ed alle reti di supporto. In particolare la relazione dovrà evidenziare le situazioni di eventuale assenza o impossibilità della rete parentale e/o amicale ad assistere il congiunto a domicilio, specificando la motivazione di tale indisponibilità.

Piano, che provvede a convocare a sua volta i componenti per la parte sociale e ad invitare il Sindaco del Comune di residenza dell'utente. Le convocazioni UVI a firma singola del Coordinatore sono inviate al cittadino-utente, o suo familiare, ai componenti per la parte sociale ed al Direttore del Distretto Sanitario, che provvede a convocare a sua volta i componenti per la parte sanitaria.

L' UVI è generalmente convocata, salvo quanto previsto dall'ultimo comma, una volta alla settimana, in un giorno lavorativo, stabilito di comune accordo tra il Direttore del Distretto ed il Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

Le sedute UVI per essere valide devono registrare la presenza di almeno un componente dell'Ambito ed un componente dell'ASL. Qualora il Direttore del Distretto Sanitario ed il Coordinatore dell'Ufficio di Piano fossero impossibilitati a partecipare, la seduta è comunque valida se successivamente provvedono a sottoscrivere il Progetto Personalizzato per assicurare la copertura della spesa per la parte di competenza.

Nel caso in cui il Coordinatore dell'Ufficio di Piano non possa sottoscrivere il Progetto Personalizzato per esaurimento dei fondi programmati nel Piano di Zona Sociale, la copertura della quota sociale del Progetto Personalizzato potrà essere assicurata per intero dall'utente o suo familiare/tutore con consenso informato e sottoscrizione di specifica dichiarazione.

Per ogni seduta UVI è redatto specifico verbale secondo lo schema allegato alla D.G.R.C. n. 1811 del 12/10/2007 e s.m.i.

Per ogni utente valutato in UVI è compilata ed adottata la modulistica SVAMA (DGRC 323/2012) o SVAMDI (DGRC 324/2012).

Considerato che, di norma, la presa in carico deve avvenire entro 30 giorni dalla richiesta di accesso, per garantire il rispetto di tale tempistica, la valutazione multidimensionale a cura dell'UVI deve concludersi, con

la redazione del Progetto Personalizzato entro 20 gg. dalla proposta di ammissione e dall'attivazione del percorso integrato, rispettando nell'ordine di precedenza le urgenze.

Nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito, formalmente convocato, risulti assente a due sedute consecutive delle UU.VV.II., la A.S.L. procederà alla valutazione dell'assistito e le relative risultanze sono vincolanti ai fini della compartecipazione (DGRC 50/2012 - allegato 1, art. 5, comma 4).

Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria, per ragioni di necessità ed urgenza assoluta ed indifferibile una presa in carico immediata. In questi casi l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie integrate potrà essere autorizzato per iscritto in via eccezionale congiuntamente dal Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano ovvero in caso di ADI disgiuntamente per quanto di competenza, e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di UVI.

Art. 13

Il Progetto personalizzato

Il Progetto Personalizzato definisce esplicitamente e in maniera analitica:

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

Il Progetto deve prevedere:

- a) Anamnesi del Medico di Medicina Generale (M.M.G.) o del Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.);
- b) Anamnesi socio-ambientale del singolo e/o del nucleo familiare;
- c) Diagnosi socio-sanitaria come per esempio I.C.F. (International classification of Functioning Disability and Health);
- d) Diagnosi sociale;
- e) Individuazione risorse personali;
- f) Individuazione risorse familiari (famiglia nucleare e allargata);
- g) Individuazione risorse comunitarie;
- h) Indicatore della situazione economica del singolo e/o del nucleo familiare di riferimento (I.S.E. e I.S.E.E.);
- i) Obiettivi dell'intervento integrato;
- j) Metodologia;
- k) Prestazione sanitaria dettagliata e operatori coinvolti;
- l) Prestazione sociale dettagliata e operatori coinvolti;
- m) Eventuale impegno di risorse del terzo settore e operatori coinvolti;
- n) Case Manager;
- o) Tempistica;
- p) Strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione;
- q) Eventuali moduli, schede, protocolli, relazioni, certificazioni, frutto della professionalità, dell'esperienza, della competenza dei componenti e/o delle unità operative e dei servizi che questi rappresentano.

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

- Le linee guida di cui al DCA n. 16 del 11/02/2013 "Disciplina e definizione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali regionali sostenuti con budget di salute. Adozione Linee Guida ai sensi dell'art. 46 della L.R. n. 1/2012. Presa d'atto DGRC n. 483/2012.

Art. 15

La dimissione protetta

La dimissione protetta è una sequenza di interventi integrati volti a facilitare la continuità delle cure tra l'ambito specialistico ospedaliero e l'ambito dell'assistenza primaria, rappresentato dalla rete dei servizi sociosanitari territoriali. La dimissione ospedaliera protetta (DOP) riguarda il trasferimento del paziente in fase immediatamente post-critica, dall'ospedale al territorio. La DOP è un "meccanismo" di tutela delle persone fragili, vale a dire persone a rischio per le seguenti situazioni:

- a) condizioni cliniche precarie, per le quali deve essere garantita la continuità delle cure;
- b) inadeguatezza socio-economica e/o della rete familiare, amicale e parentale.

Ha la finalità di favorire il rientro del paziente a domicilio (o l'invio presso una struttura a seconda del bisogno assistenziale e delle specifiche condizioni sociali) predisponendo un progetto assistenziale individualizzato e integrato con valenza sociale e sanitaria, costruito sul bisogno.

Il percorso della dimissione protetta deve garantire anche la tutela e l'accompagnamento della famiglia nella gestione della condizione di non autosufficienza, coinvolgendola nel percorso di cura.

La DOP viene indirizzata al domicilio nei seguenti casi:

- a) paziente stabilizzato ma in compenso labile, che necessita di monitoraggio clinico stretto nei primi giorni dopo la dimissione;
- b) paziente in condizioni di fragilità che rientra nel proprio ambiente di vita in presenza di idonea situazione igienico-sanitaria e con un'adeguata rete familiare di sostegno (familiare o altro soggetto in grado di sostenere in maniera efficace il ruolo di care-giver).

In assenza delle condizioni sub a) e sub b) la dimissione protetta viene indirizzata verso una struttura residenziale.

In ogni caso non si può procedere alla dimissione ospedaliera in assenza di preventivo accordo con i servizi territoriali e/o la rete familiare di supporto.

Art. 16

Modalità di pagamento delle quote di compartecipazione sociale

In conformità a quanto prescritto dal Decreto n. 77/11, modificato dal successivo Decreto n. 81/11, entrambi a firma del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del

- 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 Carinola



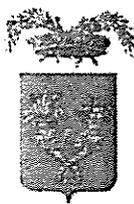
Comune di Castel Volturno



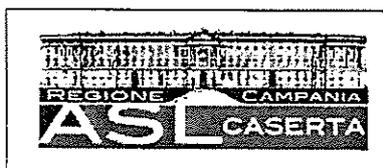
Comune di Falciiano del M.



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;

- 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;

- 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 Cancellone 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

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 duemilatrecenti, 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 Canello 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);

- 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 relativa 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,

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

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

ASL CASERTA

Provincia di Caserta

Comune di Cancello ed Arnone

Comune di Carinola

Comune di Castel Volturno

Comune di Falciano del Massico

Comune di Mondragone

Letto, sottoscritto

Il Presidente

Dott. Giovanni Schiappa

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

Azienda Sanitaria Localè Caserta
Paolo Menduni
Direttore Generale



Il responsabile

F.to _____

Mondragone, _____

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

Mondragone, _____