



COMUNE DI
GINOSA



COMUNE DI
LATERZA



COMUNE DI
CASTELLANETA



COMUNE DI
PALAGIANELLO

AMBITO TERRITORIALE N.1

**GINOSA, LATERZA, CASTELLANETA,
PALAGIANELLO, ASL/TA**

**CARTA DEI SERVIZI
SOCIALI E SOCIO - SANITARI**





Comune di Ginosa



Comune di Laterza



Comune di Castellaneta



Comune di Palagianello

AMBITO TERRITORIALE N.1

**GINOSA, LATERZA, CASTELLANETA,
PALAGIANELLO, ASL/TA**

CARTA DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI

INDICE

Premessa	p. 5
----------------	------

PRIMA PARTE

Presentazione	p. 7
Principi ispiratori.....	p. 8
Il territorio e la Popolazione	p. 10
Piano Sociale di Zona	p. 10

SECONDA PARTE

Asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia.....	p. 13
Servizio Sociale professionale e PUA.....	p. 13
ADE.....	p. 14
Buoni di Servizio e conciliazione infanzia	p. 15
Affido Familiare.....	p. 16
UVM	p. 16
ADI.....	p. 17
SAD	p. 18
Barriere Architettoniche.....	p. 19
Buoni di Servizio di Conciliazione disabili e anziani	p. 19
PRO.VI.....	p. 20
Centro Diurno disabili.....	p. 21
Dopo di Noi.....	p. 22
Centro Diurno Halzheimer.....	p. 23
Integrazione Scolastica	p. 24
Trasporto Assistito disabili.....	p. 24
Casa per la Vita.....	p. 25
Servizi Programmati nel Piano di Zona in fase di definizione.....	p. 26

TERZA PARTE

Meccanismi di Tutela	p. 27
Sistema di valutazione della Qualità	p. 29
Indicatori di Qualità del Sistema di Accesso ai Servizi (<i>Allegato "A"</i>)	p. 31
Glossario	p. 35
Legenda degli Acronimi	p. 48
Modello di Accesso ai Servizi Integrati	p. 49

Premessa

La Carta dei Servizi, prevista dall'art. 58 della legge regionale n°19/06 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", e dall'art. 7 del R.R. 4/07, nasce come uno tra gli obiettivi del Piano di Zona nel quale le diverse amministrazioni dei 4 Comuni dell'Ambito territoriale TA/1 (Ginosa, Laterza, Castellaneta e Palagiano) si riconoscono e collaborano per lo sviluppo di una politica sociale di rete in sinergia con le forze sociali del territorio per l'attivazione dei diversi interventi.

La pubblicazione della Carta dei Servizi rappresenta per i Comuni dell'Ambito Territoriale TA/1 un'importante opportunità nonché garanzia di trasparenza e dialogo con i cittadini al fine di facilitare la conoscenza dei servizi per una loro migliore fruibilità e per la ricerca del continuo miglioramento della qualità offerta. In tal senso va intesa come "carta per la cittadinanza sociale" finalizzata a conseguire obiettivi di promozione di una cittadinanza attiva, titolare del diritto alla piena informazione e alla verifica sulla qualità dei servizi ricevuti, consapevole dei propri diritti, riconosciuti nella vita quotidiana e nelle situazioni di bisogno.

E' uno strumento di facile consultazione per i cittadini che intende agevolare l'accesso ai servizi informando nel contempo sulle modalità del relativo funzionamento e delle condizioni per valutarne l'efficacia e l'efficienza. In questo momento di estrema complessità e di profondi cambiamenti dei modelli sociali, l'Ambito TA/1 con la pubblicazione della Carta dei Servizi si impegna a sviluppare una cultura di reale cooperazione tra "cittadino-utente" e "sistema dei servizi socio-assistenziali e sociointegrati" garantendo uguaglianza ed equità di trattamento nei confronti dei cittadini e agevolando sempre più la loro partecipazione per una migliore rispondenza dei servizi resi.

PRIMA PARTE

Presentazione

La Carta dei Servizi Sociali ha le seguenti **finalità**:

- porre le basi per un rinnovato rapporto tra i Comuni, che fanno parte del Piano di Zona, e i Cittadini, stabilendo un contratto “sociale” nella logica di una partecipazione attiva della cittadinanza all’attività dell’Amministrazione;
- informare la cittadinanza sui principi fondamentali cui si è ispirato il Piano Sociale di Zona nella definizione degli interventi sociali diretti ai Cittadini ed agli Utenti;
- descrivere l’organizzazione ed il funzionamento della rete dei servizi alla persona erogati;
- informare sulle procedure di accesso ai servizi.

Lo scopo principale della Carta è quello di stabilire un “patto” tra il Piano Sociale di Zona e la Cittadinanza, basato sui seguenti principi:

- la volontà dei Comuni aderenti al Piano di Zona di fornire un servizio di buona qualità agli Utenti e a coloro che si trovano sul territorio, assumendo impegni concreti e rendendoli pubblici;
- la garanzia del rispetto dei reciproci diritti e doveri, per stimolare un continuo confronto tra Comune e Utenti, finalizzato al miglioramento dei servizi stessi.

Come si usa

La Carta dei servizi è uno strumento che gli utenti possono usare per vigilare che i loro diritti vengano rispettati: con la carta dei servizi infatti gli enti erogatori dichiarano quali sono gli impegni che assumono verso il pubblico.

Come si legge

La Carta è un documento di opportunità e di consultazione per impostare in modo trasparente i rapporti tra l’organizzazione ed i suoi interlocutori e per migliorare la qualità dei servizi alle persone

Principi ispiratori

La Legge 328/2000 *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*, la Legge Regionale 19/2006, prevedono che i Comuni ed altri enti territoriali si associno e, d'intesa con le Aziende Sanitarie Locali, provvedano a definire il **Piano sociale di zona degli interventi sociali e socio-sanitari** al fine di realizzare i seguenti obiettivi:

- promuovere la cittadinanza attiva, il benessere sociale, la tutela della salute, la solidarietà;
- prevenire, ridurre, rimuovere le cause di rischio, emarginazione, disagio e di discriminazione in tutte le sue forme favorire una migliore qualità della vita;
- garantire su tutto il territorio un livello uniforme di servizi sociali e socio-sanitari essenziali, orientati ai bisogni dei singoli e volti ad assicurare pari opportunità, anche di genere, ed inclusione sociale;

e attraverso questi obiettivi favorire:

- la valorizzazione delle reti familiari e delle risorse degli individui attraverso interventi personalizzati e domiciliari;
- il decentramento delle politiche sociali e la valorizzazione delle risorse territoriali locali;
- l'integrazione fra politiche sociali, economiche e di sviluppo, con gli interventi sanitari, scolastici, formativi, di prevenzione e rieducazione e di sicurezza dei cittadini;
- la concertazione e cooperazione tra i diversi soggetti delle istituzioni pubbliche e del terzo settore.

La Carta dei Servizi Sociali del Piano di Zona - Ambito TA/1 si ispira ai principi di:

Comunicazione e trasparenza

- I cittadini, di fronte ad un bisogno o un disagio sociale, devono sapere dove andare ed a chi rivolgersi; il cittadino deve conoscere quali sono le “porte d'accesso ai servizi”
- il Piano di Zona deve diffondere l'informazione sulle procedure, sui servizi e sulla loro modalità di erogazione in modo trasparente, semplice, capillare, completo ed aggiornato con cortesia, educazione, rispetto e disponibilità da parte di tutti gli operatori.
- Il Piano di Zona deve fare il massimo sforzo per sviluppare la capacità di ascolto dei bisogni del cittadino, che deve avere l'opportunità di esprimersi nelle forme che gli sono più congeniali.

Uguaglianza

Significa che, a parità di esigenze, i servizi devono essere forniti in modo uguale a tutti gli utenti, senza distinzioni di razza, sesso, nazionalità, religione ed opinione politica.

Equità

Significa che tutti gli operatori sono impegnati a svolgere la loro attività in modo imparziale, obiettivo e neutrale nei confronti di tutti gli utenti.

Rispetto della persona

Significa che l'attenzione centrale deve essere posta alla persona nel pieno rispetto della sua dignità, qualunque siano le sue condizioni fisiche o mentali, culturali o sociali, con cortesia, educazione, rispetto e disponibilità da parte di tutti gli operatori.

Continuità

Significa che il servizio deve essere erogato in modo regolare e continuativo, compatibilmente con le risorse ed i vincoli.

Efficienza ed efficacia

Le risorse disponibili devono essere impiegate nel modo più razionale ed oculato al fine di produrre i massimi risultati possibili in termini di benessere degli utenti e di gratificazione del personale.

Verifica della qualità

Il Piano di Zona adotta sistemi di valutazione, i cui risultati, previa verifica al tavolo di concertazione, sono messi a conoscenza di tutti i cittadini, per monitorare costantemente il livello delle prestazioni di ciascun servizio.

Consapevole che migliorare la qualità dei servizi significa renderli sempre più conformi alle aspettative degli utenti ed alle nuove esigenze della società in trasformazione, il Piano di Zona si impegna ad effettuare sondaggi e rilevazioni per conoscere come gli utenti giudicano il servizio. Le rilevazioni periodiche riguarderanno gli aspetti organizzativi, sociali, educativi dei servizi, prevedranno una graduazione delle valutazioni e la possibilità di formulare proposte.

Integrazione dei servizi

Una volta individuata la porta d'accesso, l'utente ha diritto di trovarsi di fronte a punti

unitari di riferimento dove l'informazione e l'erogazione stessa dei servizi deve risultare, il più possibile, integrata e completa.

Personalizzazione

Significa che il Piano di Zona deve modellare l'erogazione dei servizi in rapporto alle esigenze del singolo, in relazione al suo stato di minore, disabile o anziano, assicurando al massimo grado possibile il diritto della persona ad una scelta libera e consapevole.

Partecipazione

Il Piano di Zona promuove il coinvolgimento degli utenti curando l'informazione sui servizi, sulle procedure di accesso, sulle modalità di erogazione e la partecipazione alla verifica della qualità erogata.

Il Territorio e la popolazione dell'Ambito

La superficie territoriale dell'ambito di 630 kmq, registra una popolazione, pari a 62.957 abitanti di cui circa 1.000 immigrati.

L'aggiornamento dei dati anagrafici al 31 dicembre 2012 evidenzia un movimento demografico omogeneo tra i quattro Comuni dell'Ambito, un costante calo della popolazione minorile e giovanile, un regolare incremento della popolazione over 65.

La tendenza, ormai tale da decenni ed in linea con il dato nazionale ed internazionale, conferma l'innalzamento della vita media e la domanda di una qualità di vita non solo di tipo "riparativa" ma anche di integrazione/socializzazione e del tempo libero.

Piano Sociale di Zona

Il Piano Sociale di Zona Ta/1 nasce dall'accordo tra 4 **Comuni** e l'**Azienda Sanitaria Locale TA/1** e dalla concertazione tra l'ambito territoriale e le forze sociali che rappresentano i cittadini (sindacati, terzo settore, ecc.).

Gli enti aderenti costituiscono un ufficio comune denominato **Ufficio di Piano**, quale tecnostruttura con funzioni programmatiche, amministrative e contabili dei Comuni associati per la realizzazione del sistema integrato di welfare, ed è diretto, sotto il profilo politico-istituzionale, dal Coordinamento Istituzionale di Ambito.

All'Ufficio di Piano sono assegnate risorse umane in numero adeguato a rispondere al fabbisogno di competenze tecniche e di capacità professionali necessarie per svolgere efficacemente ed efficientemente le funzioni e i compiti assegnati all'ufficio stesso. Compongono, pertanto, l'Ufficio di Piano di Ambito le seguenti unità di personale,

impegnate che svolgono le funzione di programmazione e progettazione, di gestione tecnica e amministrativa, finanziaria e contabile

Con particolare riferimento all'area sociosanitaria alle attività dell'Ufficio di Piano partecipa, in rappresentanza della Azienda Sanitaria, il Direttore del Distretto Sociosanitario o suo delegato, in conformità a quanto previsto dalla Legge regionale 19/2006 e relativo regolamento attuativo n. 4/2007.

Per le attività connesse alla gestione dei servizi sovra-ambito, ove previste, se espressamente assegnate alle Province, partecipa, altresì una unità tecnica con specifiche competenze del Servizio Sociale della Provincia.

Il Coordinamento Istituzionale è l'organo di indirizzo, di direzione e di rappresentanza politico-istituzionale dei Comuni dell'Ambito Territoriale. Esso ha il compito di definire le modalità gestionali e le forme organizzative più idonee per il funzionamento dell'Ambito, di stabilire forme e strategie di collaborazione con l'ASL, finalizzate all'integrazione sociosanitaria, con la Provincia, e con gli altri attori sociali, pubblici e privati, di coordinare l'attività di programmazione, di promuovere e favorire forme stabili di partecipazione del partenariato economico e sociale, di facilitare i processi di integrazione riguardanti gli interventi sociali, di approvare i monitoraggi sugli stati di attuazione e le rendicontazioni finanziarie del PSdZ, di sovrintendere alla programmazione dei piani locali di intervento dei servizi di cura per l'infanzia e per gli anziani a valere su risorse PAC.

Al Coordinamento istituzionale, anche attraverso la periodica convocazione del tavolo di concertazione, spetta la cura di tutte le fasi relative alla predisposizione ed approvazione del Piano di Zona e alle fasi di attuazione e valutazione dello stesso.

Del Coordinamento Istituzionale fanno parte, i Sindaci e/o gli Assessori alle Politiche Sociali, o Consigliere comunale specificamente delegato di ciascun Comune associato, che si fanno garanti, ciascuno per il proprio ente di appartenenza, della presa d'atto dei provvedimenti adottati in seno al Coordinamento istituzionale ed approvati dal Comune capofila nonché della relativa e coerente attuazione a livello comunale delle decisioni assunte.

SECONDA PARTE

<u>SERVIZIO:</u>		Asili Nido e altri servizi Socio-educativi per la prima infanzia	Art.53/R.R.4/07
Finalità	- Sostenere la rete dei servizi per la prima infanzia e la conciliazione dei tempi; - Ampliare la presenza dell'offerta territoriale di servizi pubblici e privati per la prima infanzia; - Consolidare/ampliare la rete dei servizi socio-educativi per la prima infanzia; - Mirare al raggiungimento del target previsto per gli indicatori dell'obiettivo di servizio (Asili nido e servizi per la prima infanzia). - sostenere le famiglie con l'erogazione di buoni servizio socio-educativi della prima infanzia.		
Attività	Le attività rispondono ai bisogni dei bambini e mirano a stimolare la loro creatività, a sviluppare competenze sensoriali, motorie, cognitive ed espressive,		
Destinatari	minori 0-36		
Responsabile Istituzionale	Ufficio di Piano: ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it .		
Localizzazione e orari di apertura:	Si prevede l'apertura di sez primavera localizzate nei Comuni dell'ambito e stipula contratti con strutture private e autorizzate di asili nido e/o micro/nido.		

<u>SERVIZIO:</u>		Servizio Sociale Professionale PUA (Porta Unitaria di Accesso)	Welfare di Accesso
Finalità	E' un servizio a cui si possono rivolgere i cittadini per avere un primo orientamento sui servizi sociali dell'ambito. E' un servizio finalizzato a favorire l'accesso ai servizi riducendo una serie di barriere spesso create da una rete di offerta caratterizzata il più delle volte da scarsa informazione, coordinamento tra le varie agenzie, istituzioni e unità operative e scarsa trasparenza dei criteri e delle procedure di accesso e integrazione tra le agenzie.		

Attività	FRONT-OFFICE attraverso: 1) Attività di informazione; 2) Attività di Accompagnamento e support nella compilazione di specifica domanda di accesso ai servizi; 3) Presa in carico con la definizione del piano di intervento individualizzato. BACK-OFFICE attraverso : 1) Monitoraggio della domanda e dell'offerta; 2) Analisi del bisogno; 3) Monitoraggio delle risorse presenti sul territorio; 4) Valutazione della qualità dei servizi;
Destinatari	Minori, anziani, disabili, tossicodipendenti, alcooldipendenti, immigrati, individui e famiglie in condizioni di povertà o comunque in difficoltà. Tutti i cittadini residenti in uno dei Comuni dell'ambito TA/1.
Responsabile Istituzionale	Ufficio di Piano: ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it .
Localizzazione e orari di apertura:	Ufficio PUA Via Poggio – Ginosa – Tel.099/8290390; Orari di Apertura dalle ore 9,00 alle ore 12,00 tranne il martedì mattina e il Martedì pomeriggio dalle ore 15,00 alle ore 18,00 e-mail:pua@comune.ginosa.ta.it Ufficio di Piano - Via Poggio Ginosa – Tel.099/8290392; Orari di Apertura dalle ore 8.30 alle ore 13.00 tranne il mercoledì mattina ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle ore:15.00 alle ore 19,00 e-mail:ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it.
Profili Professionali	Assistenti Sociali - Amministrativi

<u>SERVIZIO:</u>	Area Minori Servizio A.D.E.(Assistenza domiciliare Educativa) Art.46 del R.R.n.4/07
Finalità	Il Servizio di Assistenza Domiciliare Educativa prevede interventi di natura sociale che vengono assicurati ai nuclei familiari, anche monogenitoriali, con minori in condizioni di grave svantaggio socio-educativo, relazionale e culturale, cui genitori necessitano di aiuto e di supporto nello svolgimento e nello sviluppo delle competenze educative. Tali prestazioni si caratterizzano sia in senso preventivo a favore del minore, sia in termini di sostegno diretto alla famiglia, al fine di salvaguardare la qualità del rapporto genitori-figli.
Attività	• migliorare le relazioni all'interno del nucleo familiare; • promuovere un processo di cambiamento reale della famiglia; • concorrere a rendere autonomo il nucleo familiare; • favorire l'integrazione socializzazione dei bambini nel proprio ambiente di vita, attraverso le strutture educative presenti sul territorio;

	• raggiungere un positivo inserimento nell'ambiente scolastico anche mediante un aiuto nello svolgimento dei compiti; • sostenere la funzione educativa genitoriale. • favorire la deistituzionalizzazione;
Destinatari	▪ minori in età da 0 a 18 anni, le cui famiglie trovino difficoltà nell'assicurare loro un armonica crescita psico-fisica ed una adeguata socializzazione, o siano impossibilitate a garantire loro cure adeguate e ad esercitare la funzione educativa a fronte, anche, di problematiche che comportino emarginazione e disadattamento; ▪ □ minori istituzionalizzati per i quali si possa prevedere il rientro in famiglia laddove si riscontri che l'inserimento nel servizio A.D.E. potrebbe comportare miglioramento delle condizioni psico – socio – familiari, nonché ambientali del minore.
Responsabile Istituzionale	Ufficio di Piano: ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it
Come accedere al servizio	Alle prestazioni avranno titolo tutti i soggetti che saranno individuati dai Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito, su segnalazione degli assistenti sociali, nei limiti del numero di utenti massimo ed in relazione alle risorse disponibili.
rivolgersi a	Ufficio di Servizio Sociale Professionale presente nei quattro Comuni dell'ambito
Ente gestore	Affidamento a terzi.
Profili professionali impegnati	Educatori professionali , OSS.

<u>SERVIZIO:</u>	Buoni di Servizio di Conciliazione Infanzia
Finalità	L'erogazione dei buoni servizio di conciliazione per l'utilizzo di strutture e servizi per l'infanzia e l'adolescenza e centri diurni, iscritti al catalogo telematico regionale, ha l'obiettivo generale di favorire il potenziamento di una rete estesa, qualificata e differenziata su tutto il territorio regionale di strutture/ servizi socio-educativi per l'infanzia e l'adolescenza. Conciliando tempi di vita lavoro delle famiglie beneficiarie del contributo erogato.
Attività	- promuovere e garantire il benessere e lo sviluppo dei bambini - sostenere il ruolo educativo dei genitori - conciliare i tempi di lavoro e di cura - ampliare la rete dei servizi socio-educativi per l'infanzia e l'adolescenza.
Destinatari	Minori 0-17 anni Nuclei familiari con minori
Responsabile Istituzionale	Ufficio di Piano: ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it

Come accedere al servizio	Mediante istanza on-line effettuata dalle famiglie su piattaforma regionale.
rivolgersi a	Ufficio di Piano sito in Via Poggio – Ginosa - Tel.099/8290392; Orari di Apertura dalle ore 8.30 alle ore 13.00 tranne il mercoledì mattina ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle ore:15.00 alle ore 19,00 e-mail ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it
Ente gestore	Ambito

<u>SERVIZIO:</u>	Affido Familiare Art.96 R.R.n.4/07
Finalità	Il servizio di affido familiare è rivolto ai minori temporaneamente privi di un ambiente familiare idoneo alla crescita. Esso prevede l’inserimento del minore in un nucleo familiare diverso da quello di origine, per un periodo di tempo limitato e necessario, al superamento del momento di disagio e/o di difficoltà del nucleo familiare di origine.
Attività	• Sensibilizzazione all’affido e promozione della cultura dell’affidamento familiare; • Selezione delle persone o coppie disponibili all’affido; • Creazione dell’anagrafe di genitori affidatari; • Elaborazione e verifica periodica del progetto educativo; • Sostegno al nucleo affidatario e al nucleo familiare d’origine;
Destinatari	Minori che risiedono nei Comuni dell’ambito
Responsabile Istituzionale	Ufficio di Piano: Tel.099/8290392; Orari di Apertura dalle ore 8.30 alle ore 13.00 tranne il mercoledì mattina ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle ore:15.00 alle ore 19,00 ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it
Come accedere al servizio	PUA e rete di Accesso ai Servizi integrati di ambito
Ente gestore	Equipe mista ambito/ASL sia per gli affidi consensuali tra le famiglie di origine/affidataria, sia per gli affidi giudiziari.
Profili professionali impegnati	Assistenti Sociali, psicologi.

<u>SERVIZIO:</u>	U.V.M. (Unità di Valutazione Multidisciplinare) Art.3 r.r.n.4/07
Finalità	La Unità di Valutazione Multidimensionale è una équipe multiprofessionale, in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi, che costituisce a

	livello di ambito l'èquipe valutativa per l'accesso al sistema dei servizi sociali e socio-sanitari di natura domiciliare, semi – residenziale e residenziale. Pertanto deve: • essere garanzia di una progettualità condivisa e dei processi di integrazione tra operatori, prestatori di cure familiari ed erogatori dei servizi, attraverso la redazione del P.A.I. • offrire una valutazione multidimensionale, ovvero l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni che presenta il caso, ai fini della definizione del progetto socio – sanitario personalizzato e della presa in carico integrata del cittadino.
Attività	1. valutazione multidimensionale dell'autosufficienza del paziente e dei bisogni assistenziali dello stesso e del suo nucleo familiare 2. Verifica della presenza di condizioni di ammissibilità ad un certo percorso di cura e assistenza 3. Elaborazione del progetto socio – sanitario personalizzato, che deve essere condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto, 4. Verifica e aggiornamento sull'andamento del P.A.I.
Destinatari	Popolazione residente nell'ambito.
Responsabile Istituzionale	Per l'ASL: Responsabile U.V.M.: e-mail: uvm-distrettoginosa@libero.it , distretto socio-sanitario, istruttoria a mezzo PUA.
Profili professionali impegnati	Responsabile UVM, Assiastente Sociale PUA, MMG e/o PLS, il medico specialista di riferimento. Infermiere e terapeuta o altra figura dell'area clinica in rappresentanza delle strutture sovra-distrettuali dipartimentali, salute mentale, dipendenze patologiche, struttura sovra-distrettuali della riabilitazione e/o ogni altra figura necessaria per la valutazione del caso.

<u>SERVIZIO:</u>	ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) Art. 88 R.R.n.4/07 AREA NON AUTOSUFFICIENZA
Finalità	Garantire interventi di natura socio-assistenziale, volti a recuperare le relazioni sociali ed i livelli di autonomia e di benessere, nonché di natura sanitaria, volti a prevenire e curare malattie croniche e degenerative.
Attività	• attività di cura psico-fisica, attività infermieristiche, attività riabilitative domiciliari.
Destinatari	Persone affette da malattie croniche invalidanti e/o progressive terminali che non possono essere assistite a domicilio e che non sono in grado di condurre una vita in maniera autonoma. Consistente nell'aiuto alle persone nello svolgimento delle normali attività quotidiane, quelle infermieristiche e quelle riabilitative, riattivanti.
Responsabile Istituzionale	Ufficio di Piano: ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it e-mail: pua@comune.ginosa.ta.it
Come accedere al servizio	L'accesso al servizio avviene in seguito alla valutazione del caso da parte di una équipe multidisciplinare (UVM) composta da personale dell'ASL, di competenza e da personale dei Comuni di residenza dell'assistito e dal personale di ambito, di competenza sociale, con l'inoltro delle domande alla PUA e successiva valutazione del caso.

rivolgersi a	Comune di Ginosa - Ufficio PUA Via Poggio e-mail: pua@comune.ginosa.ta.it e-mail: ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it
documenti necessari	• modello di domanda debitamente compilato dal MMG (da consegnare alla PUA), correlata di S.V.A.M.A. sanitaria; • Relazione socio-familiare redatta dall'Assistente sociale della PUA - S.V.A.M.A. sociale; • Documentazione comprovante l'invalidità.
Ente gestore	Affidamento a terzi
Profili professionali	Responsabile/Coordinatore del servizio, Figure professionali in relazione alle specifiche prestazioni/attività (MMG - Fisiatra - Infermiere - Tecnico della Riabilitazione - Logopedista - Medico Specialista - Geriatra), OSS - etc.

<u>SERVIZIO:</u>	SAD (Servizio Assistenza Domiciliare) Art.n. 87 R.R.4/07
Finalità	Il Servizio di Assistenza domiciliare è un servizio rivolto a persone in condizioni di limitata autosufficienza, che necessitano, di un'assistenza di tipo sociale - assistenziale.
Attività	• Intervento di tipo domestico; • Nell'aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane; • Sostegno alla mobilità personale.
Destinatari	Persone ultrasessantacinquenni e disabili residenti in uno dei Comuni dell'Ambito TA/1
Responsabile Istituzionale	Ufficio di Piano: e-mail: ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it e-mail: pua@comune.ginosa.ta.it
Come accedere al servizio	L'accesso al servizio avviene in seguito alla presentazione della domanda presso l'ufficio protocollo del proprio Comune di residenza correlata da certificato medico debitamente compilato dal MMG.
rivolgersi a	• Comune di Ginosa - Ufficio PUA Via Poggio • e-mail:pua@comune.ginosa.ta.it;
documenti necessari	• Modello di Domanda; • Certificato medico • ATTESTAZIONE ISEE del soggetto richiedente
Costo	Il servizio prevede la compartecipazione degli utenti in base all'ISEE dell'anno di riferimento, nella misura definita dal "Regolamento per i comuni associati dell'Ambito TA/1 per la compartecipazione alle prestazioni sociali e sociosanitarie", definito dalla normativa vigente.
Ente Gestore	Affidamento a terzi
Profili Professionali	Responsabile/Coordinatore del servizio, OSA - O.S.S.

<u>Contributo</u>	Barriere Architettoniche Art.87/88 r.r.n.4/07
Finalità	L'erogazione del contributo ha l'obiettivo di agevolare e consentire ai soggetti portatori di handicap riconosciuti, con difficoltà nella deambulazione l'accesso alla propria abitazione e il movimento all'interno della stessa, quando sono presenti barriere che ne impediscono il pieno utilizzo. L'intervento si pone, inoltre, l'obiettivo di favorire la permanenza nel proprio domicilio e migliorare la qualità della vita delle persone diversamente abili Tale azione prevede l'erogazione di contributi economici a fronte delle spese sostenute per l'abbattimento di barriere architettoniche negli edifici privati, secondo le modalità e criteri previsti dalla Legge N. 13 del 09/01/1989 e sulla scorta delle indicazioni previste dal PRPS 2013-2015.
Attività	L'accesso ai contributi avviene mediante la presentazione di domanda correlata di preventivo della spesa da sostenere.
Destinatari	Disabili residenti nei Comuni dell'Ambito
Responsabile Istituzionale	Ufficio di Piano : ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it ;

<u>SERVIZIO:</u>	Buoni di Servizio di Conciliazione Disabili e Anziani
Finalità	L'erogazione dei buoni servizio di conciliazione per l'utilizzo di strutture e servizi per disabili e anziani, iscritti al catalogo telematico regionale, si pone l'obiettivo generale di favorire il potenziamento di una rete estesa, qualificata e differenziata su tutto il territorio regionale di strutture/servizi socio-assistenziali, socioeducativi e socioriabilitativi per persone con diverse abilità e persone ultra65enni in condizione di non autosufficienza al fine di conciliare i tempi di vita – lavoro dei familiari.
Attività	- garantire l'inclusione sociale e le prestazioni socioeducative e riabilitative per le persone non autosufficienti, anziani e disabili - sostenere il carico di cura del nucleo familiare in ottica di conciliazione vita-lavoro al fine di migliorare l'accesso all'occupazione, con particolare riguardo alla partecipazione sostenibile e all'avanzamento delle donne nel mercato del lavoro - sostenere l'iniziativa privata nell'erogazione di servizi di cura, in una logica di piena sussidiarietà tra il ruolo di governo degli enti locali e la partecipazione al sistema integrato dei servizi sociali all'interno del sistema imprenditoriale pugliese.
Destinatari	Persone anziane non autosufficienti Persone disabili

	Nuclei familiari in presenza di disabili e anziani non autosufficienti
Responsabile Istituzionale	Ufficio di Piano: e-mail ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it
Come accedere al servizio	Mediante istanza on-line effettuata dalle famiglie su piattaforma regionale.
rivolgersi a	Ufficio di Piano sito in Via Poggio – Ginosa - e-mail ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it
Ente gestore	Ambito

<u>PROGETTO:</u>	PRO.VI Art.23 r.r.n.4/07
Finalità	La finalità complessiva dei Progetti di Vita Indipendente (PRO.V.I.) è quella di sostenere la “Vita Indipendente”, di persone adulte con disabilità grave, al fine di autodeterminarsi e di poter vivere il più possibile in condizioni di autonomia, avendo la capacità di prendere decisioni riguardanti la propria vita e di svolgere attività di propria scelta. Il PRO.VI., si concretizza nella definizione del ruolo svolto dalla persona con disabilità che abbandona la posizione di “oggetto di cura” per diventare “soggetto attivo” che si autodetermina; a ciò si aggiunge il grado di integrazione tra interventi, ausili e modalità di supporto alla persona che il PRO.V.I. può attivare in un unico progetto.
Attività	a) Sostegno al reddito; b) Interventi assistenziali; c) Interventi volti a facilitare i processi di inclusione sociale e lavorativa
Destinatari	Persone con disabilità motorie gravi ovvero affette da gravi patologie neurodegenerative che abbiano già prodotto permanenti limitazioni alla capacità autonoma di movimento
Responsabile Istituzionale	Ufficio di Piano: e-mail: ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it
Come accedere al servizio	Istanza on-line effettuata dall’utente
rivolgersi a	Ufficio di Piano

<u>STRUTTURA</u>	CENTRO DIURNO Art.60 r.r.n.4/07
Finalità	Il Centro Diurno è una struttura a ciclo diurno che accoglie diversamente abili in età adulta, con disabilità tali da comportare una compromissione dell'autonomia delle funzioni elementari, al fine di promuovere la loro capacità di partecipare, decidere, apprendere e fare esperienza, oltre che valorizzare le loro capacità residue di fare attività, sia in autonomia che in collaborazione con gli altri.
Attività	Le attività che si svolgono seguono un preciso programma riabilitativo che prevede interventi di riabilitazione sociale, strutturati individualmente sia sulla base dei Piani Educativi Individualizzati che sulla base dei Piani Assistenziali Individualizzati, stilati sulla base della valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale. Le attività proposte variano da quelle didattiche, espressive, riabilitative ludico-ricreative e di integrazione sociale.
Destinatari	Portatori di handicap in età adulta, con disabilità tali da comportare una compromissione dell'autonomia delle funzioni elementari.
Responsabile Istituzionale	Ufficio di Piano: e-mail: ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it e-mail: pua@comune.ginosa.ta.it
Localizzazione e Orari di Apertura	- Comune di Ginosa - Via G. La Pira n. 6; Tel. 099/8292298 Orari di apertura: dal lunedì al sabato dalle <u>ore 8.30 alle ore 12.30</u> dal lunedì al venerdì dalle <u>ore 15.00 alle ore 18.00.</u> - Comune di Laterza – Via Cesare Battisti – Orari di apertura: dal lunedì al sabato dalle <u>ore 8.30 alle ore 12.30</u> dal lunedì al venerdì dalle <u>ore 15.00 alle ore 18.00.</u> - Comune di Castellaneta – Via D. L. Sturzo; Tel. 099/8442310 Orari di apertura: dal lunedì al sabato dalle <u>ore 8.30 alle ore 12.30</u> dal lunedì al venerdì dalle <u>ore 15.00 alle ore 18.00.</u> - Comune di Palagianello - Prolungamento di Via Roma snc., Orari di apertura: dal lunedì al sabato dalle <u>ore 9.00 alle ore 13.30</u>, dal lunedì al venerdì dalle <u>ore 15.30 alle ore 18.30.</u>
Come accedere al servizio	Per accedere al servizio è necessario presentare opportuna istanza presso la PUA, corredata della scheda S.V.A.M.D.I. compilata dal MMG e/o PLS. La PUA trasmetterà tutta la documentazione alla UVM che provvederà alla valutazione multidimensionale per l'eleggibilità al servizio.
rivolgersi a	Ufficio PUA, e-mail: pua@comune.ginosa.ta.it
documenti necessari	Modello di Domanda prestampato e relativa documentazione sanitaria.
Ente gestore	Affidamento a terzi
Profili professionali	Coordinatore, Educatore professionale, OSS

<u>STRUTTURA</u>	Dopo di Noi art.n.55-57 r.r.4/07
Finalità	Il servizio vuole garantire le migliori opportunità nei percorsi di vita ed offrire soluzioni attente alla globalità dei bisogni degli utenti. Il progetto non vuole assicurare solo una semplice soluzione abitativa, ma piuttosto accompagnare gli utenti in un cammino comune di inserimento sociale, nella crescita delle personali autonomie, nella capacità di gestione della casa (che deve essere quanto più possibile a carico degli ospiti), nell'organizzazione del tempo libero, degli impegni quotidiani e nel mantenimento della rete amicale e familiare. La comunità alloggio (art. 55) è struttura avente caratteristiche funzionali ed organizzative orientate al modello comunitario, a carattere professionale. Prevede prestazioni e servizi alberghieri inclusivi della somministrazione dei pasti, attività a sostegno dell'autonomia individuale e sociale, laboratori abilitativi, formativi, ricreativi, espressivi e prestazioni sanitarie assimilabili alle forme di assistenza domiciliare. La Comunità socio-riabilitativa (art. 57) assicura un elevato grado di assistenza, protezione e tutela nonché prestazioni riabilitative e sanitarie, finalizzate alla crescita evolutiva delle persone accolte. Attua interventi mirati e personalizzati per lo sviluppo dell'autonomia personale e sociale e l'acquisizione e/o il mantenimento di capacità comportamentali ed affettivo - relazionali.
Attività	- promuovere la rete di strutture residenziali per persone senza il supporto familiare "Dopo di noi"; - incrementare la capacità di presa in carico territoriale; - qualificare e implementare i servizi offerti dalle strutture
Destinatari	art. 55- Struttura residenziale Comunità alloggio soggetti maggiorenni, in età compresa tra i 18 e i 64 anni, privi di validi riferimenti familiari, in situazione di handicap fisico, intellettuale o sensoriale che mantengano una buona autonomia tale da non richiedere la presenza di operatori in maniera continuativa. art. 57- Struttura Residenziale Comunità socio-riabilitativa soggetti maggiorenni, in età compresa tra i 18 e i 64 anni, in situazione di handicap fisico, intellettuale e sensoriale, privi del sostegno familiare o per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale.
Responsabile Istituzionale	Ufficio di Piano: e-mail:ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it
Localizzazione e Orari di Apertura	Comune di Ginosa – <u>C.da S.M. D'Attoli. Tutti i giorni.</u>
Come accedere al servizio	Per accedere al servizio è necessario presentare opportuna istanza presso la PUA, corredata della scheda S.V.A.M.DI. compilata dal MMG . La PUA trasmetterà tutta la documentazione alla UVM che provvederà alla valutazione multidimensionale per l'eleggibilità al servizio.
rivolgersi a	Ufficio PUA – M.M.G. e-mail:pua@comune.ginosa.ta.it
documenti necessari	Modello di Domanda prestampato.
Ente gestore	Struttura iscritta a catalogo regionale.
Profili professionali	Assistenti sociali e/o Operatori sociali dei servizi pubblici istituzionalmente preposti Personale ufficio di piano; Operatori gestori strutture e servizi pubblici e privati residenziali

<u>STRUTTURA</u>	Centro diurno integrativo per supporto cognitivo e comportamentale ai soggetti affetti da demenza .Art.n60/ter r.r.4/07
Finalità	Il Centro diurno integrato per il supporto cognitivo e comportamentale ai soggetti affetti da <i>demenza</i> (per pazienti Alzheimer) è una struttura socio-sanitaria, a regime diurno, finanziata dalle risorse PO FESR 2007-2013 Asse III – Azione 3.3.2.- Buoni Servizio di conciliazione anziani e disabili. Il centro diurno demenze garantisce servizi e prestazioni finalizzate all'accoglienza di soggetti in condizione di non autosufficienza, che per il loro declino cognitivo e funzionale esprimono bisogni non sufficientemente gestibili a domicilio per l'intero arco della giornata. Il centro è destinato a soggetti affetti da Alzheimer associata o meno a disturbi del comportamento, non affetti da gravi deficit motori, gestibili in regime di semiresidenzialità, capaci di trarre profitto da un intervento integrato, così come definito dal rispettivo Piano assistenziale individualizzato (PAI). Non possono essere accolti nel centro le persone affette da malattia psichiatrica (es. schizofrenia), demenza di grado avanzato, tale da non consentire il ciclo semiresidenzialità di assistenza e le tipologie di prestazioni ivi erogabili e da disturbi del comportamento di entità tale da compromettere lo svolgimento delle attività del Centro.
Attività	- controllare/contenere il processo di deterioramento cognitivo ed i disturbi del comportamento; - mantenere il più a lungo possibile le capacità funzionali e socio relazionali; - consentire il mantenimento dei soggetti a domicilio, ritardandone il ricovero in strutture residenziali; - aiutare la famiglia a comprendere l'evoluzione cronica della malattia e supportare il care giver; - garantire il dialogo e la collaborazione con gli altri servizi sanitari e sociosanitari della rete.
Destinatari	Soggetti affetti da demenza gestibili in regime di semiresidenzialità.
Responsabile Istituzionale	Ufficio di Piano: ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it
Localizzazione e Orari di Apertura	Il centro è localizzato in via V. Castria,1 a Marina di Ginosa c/o la residenza “Villa Genusia” Aperto per otto ore al giorno, per sei giorni a settimana. La frequenza di utilizzo del Centro per ciascun utente potrà variare in base a quanto definito nel PAI. e-mail:info@villagenusia.it; Tel.099/8270172 – Fax: 099/8272199.
Come accedere al servizio	Per accedere al servizio è necessario presentare opportuna istanza presso la PUA, corredata della scheda S.V.A.M.A. compilata dal MMG . La PUA trasmetterà tutta la documentazione alla UVM che provvederà alla valutazione multidimensionale per l'eleggibilità al servizio.
rivolgersi a	Ufficio PUA – M.M.G.
documenti necessari	Modello di Domanda prestampato. Attestazione ISEE ; Documenti comprovante la stato di disabilità
Ente gestore	Struttura iscritta a catalogo regionale.
Costo	Il servizio è finanziato dalle risorse PO FESR 2007-2013 Asse III – Azione 3.3.2.- Buoni Servizio di conciliazione anziani e disabili e prevede la compartecipazione dell'utente in relazione alla situazione reddituale.
Profili professionali	Assistenti sociali; Operatori sociali e sanitari Operatori gestori strutture e servizi pubblici e privati iscritti al Catalogo telematico; Operatori e Volontari del Terzo Settore

<u>SERVIZIO:</u>	Integrazione Scolastica Art.92 del R.R.n.4/07
Finalità	L'integrazione scolastica, pone particolare attenzione ad un atteggiamento di "cura educativa" nei confronti degli alunni con disabilità che si esplica in un percorso formativo individualizzato, al quale partecipano, nella condivisione e nell'individuazione, più soggetti istituzionali, scardinando l'impianto tradizionale della scuola ed inserendosi nel proficuo filone dell'individualizzazione e dell'attenzione all'apprendimento piuttosto che dell'insegnamento
Attività	• Sostegno socio-educativo; • Attività didattiche di sostegno con personale specializzato; • Sostegno psico-socioeducativo in ambiente scolastico per l'integrazione del soggetto diversabile con il gruppo classe.
Destinatari	Minori con disabilità residenti nell'Ambito Territoriale TA/1
Responsabile Istituzionale	Ufficio di Piano: ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it
Come accedere al servizio	L'accesso al servizio avviene in seguito alla valutazione del caso da parte del responsabile UTR del Distretto Socio Sanitario ASL TA/1.
rivolgersi a	Ufficio PUA
Ente gestore	Cooperativa Sociale
Profili professionali impegnati	Educatori professionali , OSS.

<u>SERVIZIO:</u>	Trasporto Assistito Disabili
Finalità	Il servizio di trasporto assistito è finalizzato a garantire l'accesso delle persone disabili presso le strutture riabilitative pubbliche e private, nonché presso i centri diurni ex art. 60 r.r. 4/2007.
Attività	Accompagnamento e prelievo da e per le proprie abitazioni per poter usufruire delle strutture riabilitative.
Destinatari	L'accesso al Servizio è garantito solo ai disabili richiedenti, formalmente e nominativamente autorizzati dalla UTR competente territorialmente, in quanto in possesso dei requisiti di accesso, quali: a) disabili, ritenuti bisognosi di prestazioni riabilitative ambulatoriali o semiresidenziali in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate, che siano <i>"minori ed adulti riconosciuti disabili in situazione di gravità, ai sensi della Legge 104/1992, articolo 3, comma 1 e 3"</i>; b) disabili che siano stati <i>"valutati dall'UVM distrettuale, eleggibili alla frequenza dei"</i>

	<i>Centri Diurni ex articolo 60 del Regolamento Regionale n. 4/2007.</i>
Responsabile Istituzionale	Ufficio di Piano: ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it
Come accedere al servizio	Istanza da presentare alla PUA che provvede a trasmetterla all'U.T.R. per la relativa autorizzazione.
rivolgersi a	PUA e-mail: pua@comune.ginosa.ta.it
Ente gestore	Affidamento a terzi.

<u>SERVIZIO:</u>	Casa per la Vita Art.70 R.R.n.4/07
Finalità	La Casa per la Vita è una struttura residenziale a carattere sociosanitario, a bassa intensità assistenziale. La struttura è destinata ad accogliere, in via temporanea o permanente, persone con problematiche psicosociali e pazienti psichiatrici stabilizzati usciti dal circuito psichiatrico riabilitativo residenziale e semiresidenziale, privo di validi riferimenti familiari, e/o che necessitino di sostegno nel mantenimento del livello di autonomia e nel percorso d'inserimento o reinserimento sociale/lavorativo.
Attività	L'attività della Casa è orientata al modello comunitario, prevede la partecipazione dell'ospite, opportunamente stimolata dall'operatore, alla vita quotidiana della stessa impedendo fenomeni di deresponsabilizzazione o "sostituzione regressiva". L'attività e gli interventi sono attuati in base ad un progetto personalizzato predisposto dall'Ente gestore in collaborazione con i Servizi Sociali e Psichiatrici territoriali, in coerenza con il P.A.I., elaborato in sede di U.V.M..
Destinatari	persone con disabilità psichica o psichiatrica stabilizzata
Responsabile Istituzionale	Ufficio di Piano: ufficiodipiano@comune.ginosa.ta.it
Localizzazione e Orari di Apertura	Comune di Laterza
Come accedere al servizio	Per accedere al servizio è necessario presentare opportuna istanza presso la PUA, corredata della scheda S.V.A.M.A. compilata dal MMG. La PUA trasmetterà tutta la documentazione alla UVM che provvederà alla valutazione multidimensionale per l'eleggibilità al servizio.
rivolgersi a	Ufficio PUA – MMG
Ente gestore	Affidamento a terzi
Profili	- educatore professionale - assistente sociale ;

professionali	- OSS - altre figure sanitarie
----------------------	-----------------------------------

SERVIZI PROGRAMMATI NEL PIANO DI ZONA 2014-2016 IN FASE DI DEFINIZIONE

Art.85 r.r.4/07	PIS (Pronto Intervento sociale	<u>NOTE</u>
Art.77-81/Ter r.r.4/07	Rete di Intervento sociale emergenza Abitativa	
Art 102 r.r.4/07	Percorsi di Inclusione socio-lavorativo	
Art.108 r.r.4/07	Sportello Immigrati	
Art.93 r.r.4/07	Centro ascolto per le Famiglie	
Art.105 r.r.4/07	Centri Diurni per Disabili	
Art.92 r.r.4/07	Integrazione alunni con disabilità - équipe	E' stata costituita l'èquipe ed è in fase di avvio
Altro	Interventi per persone con dipendenze patologiche	
Art.107 r.r.4/07	Maltrattamento e violenza	
Art.80-81 r.r.4/07	Maltrattamento e violenza residenziale	
Altro	Maltrattamento e violenza équipe	È stata costituita l'èquipe ed è in fase di avvio
Art.96 r.r.4/07	Affido e adozione costituzione équipe	È stata costituita l'èquipe ed è in fase di avvio
Altro	Interventi di prevenzione in materia di dipendenze patologiche	

TERZA PARTE

Meccanismi di tutela

Il Piano di Zona TA/1 garantisce agli utenti ed ai loro familiari, attraverso colloqui, schede di gradimento, etc., il diritto di presentare agli operatori ed al responsabile dell'UPZ osservazioni, suggerimenti e critiche.

In caso di mancata risposta, l'interessato può comunque attivare la procedura di formale reclamo purché sottoscritto.

Procedura

Il Piano di Zona garantisce a tutti gli utenti la possibilità di sporgere reclamo contro disservizi, atti o comportamenti ritenuti non corretti o che abbiano limitato la fruibilità delle prestazioni segnalando il caso verbalmente al Responsabile dell'Ufficio Piano di Zona, utilizzando apposito modulo allegato. Le segnalazioni pervenute per via telefonica o mediante colloquio sono verbalizzate, a cura del Responsabile dell'Ufficio Piano di Zona su apposita scheda completa dei dati identificativi del soggetto per le comunicazioni successive.

Il Responsabile dell'Ufficio Piano di Zona risponde immediatamente ai ricorrenti nei casi in cui il contenuto della segnalazione sia di agevole definizione.

Nei casi in cui sia necessario avviare un'istruttoria, Il Responsabile dell'Ufficio Piano di Zona risponde comunque entro 30 giorni.

Il Responsabile dell'Ufficio Piano di Zona istruisce e trasmette la pratica, entro 3 giorni, al responsabile della funzione sociale dell' Ambito.

Il Coordinatore della funzione Sociale, predisposti gli accertamenti necessari, fornisce al responsabile dell'u.d.p. entro 15 giorni, tutti gli elementi utili per una adeguata risposta all'interessato.

Trascorsi, senza esito positivo, i 15 giorni per la risposta da parte del responsabile della funzione Sociale, il responsabile u.d.p. invia un sollecito di risposta. Se entro i 5 giorni successivi l'ufficio non si attiva, il Responsabile dell'u.d.p., scaduto il trentesimo giorno, invia una nota interlocutoria al cittadino con l'invito a contattare direttamente il responsabile della funzione Sociale.

Qualora i soggetti interessati non ritengano soddisfacenti gli esiti ottenuti in prima istanza dal Responsabile u.d.p., l'esame del reclamo potrà essere sottoposto al Sindaco del Comune capofila dell'Ambito TA/1, secondo le modalità seguenti:

- inviando per posta una richiesta scritta in carta semplice
- mediante Internet, all'indirizzo email: sindaco@comune.ginosa.ta.it
- recandosi di persona presso l'Ufficio del Sindaco del Comune capofila, che ha sede in piazza P.zza Marconi 1 - GINOSA, negli orari di apertura al pubblico.

- Il Sindaco del Comune capofila, nell'esame del reclamo, esercita i poteri a lui conferiti ed in particolare:

- verifica la regolarità del procedimento, chiede notizie sullo stato degli atti, ne sollecita la conclusione nei termini previsti dalla legge;
- può consultare le pratiche e ottenere copia di ogni atto e documento relativo all'oggetto del proprio intervento;
- aiuta il cittadino ad ottenere il rispetto delle norme sulla trasparenza amministrativa;
- può convocare il responsabile dell'u.d.p. per ottenere chiarimenti sullo stato di una pratica.

Il Responsabile dell'u.d.p. deve mettere a disposizione la documentazione relativa alle prestazioni ricevute, per ogni utente e per coloro che ne hanno legalmente diritto, entro il minor tempo possibile.

Ogni eventuale rimborso all'utente interessato per somme versate e non dovute sarà disposto, accertato il diritto, entro il termine massimo di giorni 60 dalla richiesta.

N.B. Il ricorso al Sindaco del Comune capofila non interrompe i termini di prescrizione per un eventuale ricorso giurisdizionale.

Sistema di valutazione della Qualità

a) Metodologie e procedure per il monitoraggio e la valutazione e Indicatori e standard di qualità del servizio

La Carta dei servizi intende fornire una precisa tutela dei diritti delle persone e della comunità.

Per ogni servizio saranno considerati tre aspetti:

- la relazione
- il processo di erogazione
- la struttura

Ciascuna di queste componenti racchiude delle dimensioni di qualità:

COMPONENTI DEL SERVIZIO	DIMENSIONE DI QUALITÀ	
Relazione	Accoglienza	All'utente deve essere garantito un adeguato sistema di accoglienza
	Rispetto della persona	All'utente deve essere garantita una relazione rispettosa della persona
Processo	Trasparenza/Informazione	All'utente deve essere garantita un'adeguata informazione e la trasparenza delle decisioni
	Professionalità	All'utente deve essere garantita la professionalità dell'intervento
	Adeguatezza	All'utente deve essere garantito un servizio adeguato al bisogno
Struttura	Accessibilità	All'utente deve essere garantita facilità di accesso al servizio

Gli obiettivi dichiarati saranno valutati "ex post" attraverso i seguenti strumenti:

- misurazione di parametri (standard) oggettivi
- questionari mirati, finalizzati alla misurazione della soddisfazione dei cittadini

- monitoraggio interno (controllo di gestione) sul processo di erogazione dei servizi al fine di migliorarli.

b) Indicatori di qualità del sistema dei servizi (allegato A)

c) Personale dedicato alla funzione di monitoraggio e di valutazione

Il personale di riferimento per l'attività di valutazione è costituito da:

- Assistenti sociali nella loro azione di controllo e verifica dei servizi sul territorio
- il sistema informativo per l'elaborazione dei dati sui servizi e degli indicatori di qualità
- e il responsabile dell'Ufficio di Piano per la verifica della regolarità tecnico-amministrativa e la valutazione dei parametri di efficienza ed efficacia dei servizi attivati.

d) Realizzazione e diffusione di un rapporto di valutazione

Alla fine di ogni anno sarà elaborata una relazione di valutazione dei servizi che verrà pubblicata sul sito web istituzionale.

Indicatori di qualità del Sistema di accesso ai servizi

Area della qualità	Indicatori	Standard	Verifica
Accessibilità Riguarda da un lato la facilità con cui si può accedere fisicamente al servizio e dall'altro l'equità e l'uguaglianza di trattamento rispetto a specifici gruppi sociali o fasce di popolazione.	n. ore di apertura del segretariato sociale per settimana	18	Monitoraggio dei servizi
	n. operatori del segretariato sociale/popolazione residente	4/62.000	Monitoraggio dei servizi
	n. ore dedicate dalle assistenti sociali all'accoglienza/totale ore settimanali lavorate	18	Monitoraggio dei servizi
	n. ore dedicate alla funzione PUA/ totale ore settimanali lavorate	18	Monitoraggio dei servizi
	n. degli uffici e di strutture di ambito e di strutture con segnaletica/n. totale	2	Analisi dei reclami Indagini di soddisfazione
	n. degli uffici e di strutture di ambito prive di barriere architettoniche/n. totale uffici	1/2	Analisi dei reclami Indagini di soddisfazione
	n. degli uffici di ambito e delle strutture raggiungibili con mezzi pubblici/n. totale uffici	2/2	Analisi dei reclami Indagini di soddisfazione
	adozione di un protocollo di accoglienza degli utenti	NO	Analisi dei reclami Indagini di soddisfazione
	presenza di un servizio di interpretariato/mediazione culturale	NO	Analisi dei reclami Monitoraggio dei servizi

Area della qualità	Indicatori	Standard	Verifica
Umanizzazione Riguarda la garanzia dell'erogazione di servizi adeguati a soddisfare i bisogni degli utenti, di relazioni con gli utenti, da parte degli operatori, improntate all'ascolto, alla cortesia e al rispetto, la previsione di spazi e strutture adeguate all'accoglienza, il rispetto dei tempi di erogazione dei servizi.	n. progetti di cura personalizzati attivati / utenti totali	1.800,00	Monitoraggio dei servizi
	n. iniziative di formazione e aggiornamento professionale rivolte agli operatori dei servizi	10	Monitoraggio dei servizi
	n. di operatori dei servizi che partecipano ad iniziative di formazione	7	Monitoraggio dei servizi
	n. spazi adeguati dedicati ai colloqui con l'utenza	3	Analisi dei reclami Indagini soddisfazione dell'utenza
	n. segnalazioni per comportamenti degli operatori non consoni al ruolo	0	Analisi dei reclami Indagini soddisfazione dell'utenza
	n. segnalazioni che riguardano la rumorosità, l'illuminazione, la pulizia la temperatura dei locali	0	Analisi dei reclami Indagini soddisfazione dell'utenza
	Tempo di attesa per la fruizione del servizio	20 gg	Monitoraggio dei servizi Analisi dei reclami Indagini soddisfazione dell'utenza

Area della qualità	Indicatori	Standard	Verifica
Comunicazione/tutela Riguarda la messa a disposizione e la trasparenza delle informazioni relative alle prestazioni, alla responsabilità, ai costi e ad eventuali problemi connessi alla gestione e all'erogazione di ciascun servizio in modo da facilitarne la fruizione da parte dei cittadini.	attivazione di un sito web d'Ambito	SI	Analisi procedure dell'informazione
	n. iniziative volte alla diffusione sito web d'Ambito	0	Analisi procedure dell'informazione
	realizzazione di indagini circa i bisogni emergenti dal territorio	Periodiche	Monitoraggio dei servizi
	n. opuscoli e materiali informativi distribuiti	0	Analisi procedure dell'informazione
	n. copie della carta dei servizi distribuite/strumenti per la diffusione in base ai target e agli strumenti per la distribuzione	PUBBLICATA SUL SITO WEB + STAMPA IN FORMATO LIBRETTO	Analisi procedure dell'informazione
	presenza di moduli e punti raccolta per le segnalazioni e i reclami degli utenti	5	Analisi procedure dell'informazione
	previsione di sanzioni amministrative nei confronti dei soggetti erogatori in caso di accertata inadempienza dei contenuti della carta dei servizi	SI	Monitoraggio dei servizi
	pubblicazione dei risultati dell'analisi quali-quantitativa dei reclami	SI	Analisi procedure dell'informazione

Area della qualità	Indicatori	Standard	Verifica
Partecipazione Riguarda la previsione di istituti di partecipazione attiva dei cittadini, delle associazioni di rappresentanza degli utenti e del terzo settore (associazioni di volontariato, di promozione sociale, cooperative sociali) nella programmazione e valutazione dei servizi e nella tutela dei diritti.	n. 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	4	Analisi sistema di governance
	n. consulte di ambito istituite per gli anziani, gli immigrati, i minori e i diversamente abili	0	Analisi sistema di governance
	n. di iniziative (commissioni di studio/gruppi di lavoro) che prevedono la partecipazione di cittadini e/o rappresentanti di organizzazioni di tutela dell'utenza	1	Analisi sistema di governance
	n. riunioni periodiche tra rappresentanti delle organizzazioni di tutela dell'utenza e dell'ambito su tematiche generali o particolari	1	Analisi sistema di governance
	n. iniziative nella programmazione, controllo e valutazione dei servizi di ambito che prevedono il coinvolgimento delle organizzazioni di tutela dell'utenza e del terzo settore	1	Analisi sistema di governance

	GLOSSARIO
Accesso	È il momento dell'ingresso nella rete dei servizi da parte dei cittadini. Le modalità di accesso devono avere determinate caratteristiche, ed in particolare devono essere: • unificate, per facilitare l'accoglienza delle persone, in particolare i soggetti non autosufficienti o in condizioni di fragilità; • integrate, ossia garantire percorsi sanitari e sociosanitari coordinati tra professionisti e servizi: ospedalieri, distrettuali e sociali
Ambito territoriale	L'Ambito Territoriale rappresenta il punto di raccordo tra le politiche sociali dei diversi Comuni che, uniti a livello di programmazione e costruzione dei servizi, realizzano un percorso comune finalizzato a garantire unitarietà dei criteri e prestazioni omogenee su tutto il territorio. Attraverso il Piano di Zona, sono definite le finalità e gli obiettivi comuni, sono individuate le priorità di intervento sociale, le risorse e gli strumenti. La L.R. 19/2006 prevede la coincidenza dell'Ambito Territoriale con i Distretti Sanitari.
Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)	Vedi: Cure domiciliari Integrate Il Nomenclatore dei Servizi Sociali definisce l'ADI come un servizio che “consiste in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie. Caratteristica del servizio è l'unitarietà dell'intervento, che assicura prestazioni socio- assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche e riabilitative) in forma integrata e secondo progetti personalizzati di intervento.” L'Accordo collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di

	medicina generale, art. 53 e nell'allegato H precisa che "L'assistenza domiciliare integrata è realizzata mediante l'integrazione professionale tra i diversi professionisti di cui alla presente convenzione e tra essi e le altre figure dell'assistenza territoriale, in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una risposta globale al bisogno di salute della persona non autosufficiente" L' art.. 51 dell' ACN per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta prevede l' Assistenza Domiciliare Integrata. L'allegato E : l'assistenza ai bambini con patologia cronica è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali, rese al domicilio del bambino e orientate in maniera da poter garantire il raggiungimento di specifici obiettivi di benessere, secondo piani di assistenza individualizzati, definiti anche con la partecipazione di più figure professionali.
<i>Assistenza Domiciliare Socio assistenziale (SAD)</i>	L' Assistenza Domiciliare a carattere socio assistenziale è un servizio rivolto a soggetti con limitata autonomia, che vivono da soli o con famiglie che non sono in grado di assicurare un buon livello di assistenza per la cura e l'igiene della persona e della casa e per il mantenimento delle condizioni di autonomia. La finalità del servizio è quella di favorire la permanenza dell'anziano e del disabile nel suo ambiente abitativo e sociale e di accrescere la sua capacità di autodeterminazione, attraverso sia attività socializzanti, limitando il rischio di emarginazione sociale, sia prestazioni assistenziali, atte a prevenire malattie croniche degenerative. Il servizio SAD deve comprendere un pacchetto di prestazioni indirizzate al sostegno di carattere organizzativo per lo svolgimento tanto della persona quanto dell'ambiente domestico, tanto di attività di base della vita quotidiana, quanto per lo svolgimento di attività strumentali.
<i>Attività sociosanitarie</i>	Prestazioni socio-sanitarie sono 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.

<i>Appropriatezza</i>	Riguarda l'adeguatezza di un servizio o prestazione sanitaria a rispondere al bisogno specifico. La programmazione sanitaria distingue tra appropriatezza clinica o specifica e appropriatezza organizzativa o generica. La prima è la misura in cui un particolare intervento è sia efficace sia indicato per la persona che lo riceve. Perché un intervento sia appropriato è necessario che i benefici attesi siano superiori ai possibili effetti negativi e ai disagi eventualmente connessi alla sua messa in atto. Occorre anche tenere conto dei costi: tra due interventi per la stessa condizione, un intervento sarebbe da considerarsi meno appropriato se, a fronte di un'efficacia di poco superiore, il suo costo fosse decisamente troppo alto. L'appropriatezza clinica si gioca nel processo decisionale e chiama in causa dunque il giudizio clinico. L'appropriatezza organizzativa o generica è riferita al livello di effettuazione dell'intervento (es. ospedale, domicilio, ambulatorio); per appropriatezza del livello di effettuazione si intende se un intervento (che può essere più o meno appropriato dal punto di vista clinico o specifico) viene erogato al livello più gradito dall'utente e/o meno costoso. Per il cittadino vuol dire ottenere le cose giuste (procedura corretta e/o cure idonee), nella sede giusta (setting più adatto) e al momento opportuno. L'appropriatezza è una caratteristica sintetica degli interventi sanitari che integra efficacia, efficienza e opportunità. E' un valore determinante per l'efficacia e l'efficienza di un sistema di servizi di qualità.
<i>Autosufficienza e "non autosufficienza"</i>	Si ritiene opportuno adottare una definizione di "autosufficienza" di natura funzionale, che fa riferimento alla capacità della persona di svolgere autonomamente le funzioni essenziali della vita quotidiana. Persona non autosufficiente, quindi, è quella che ha bisogno di aiuto, anche in parte, per svolgere attività essenziali (alzarsi dal letto o da una sedia; lavarsi, vestirsi, etc.). Quantunque una definizione univoca di "non autosufficienza" non sia al

	momento disponibile, ai fini degli interventi di <i>home care</i> si fa riferimento alle persone che non sono in grado di compiere con continuità le attività quotidiane della vita senza un aiuto esterno. Una condizione che si valuta tenendo conto delle funzioni essenziali di vita, articolate in due ambiti: • attività per la cura di sé (<i>Activities of Daily Living – ADL</i>), che consistono in 6 funzioni generali, relative al lavarsi, vestirsi, andare alla toilette, muoversi in casa, essere continenti, alimentarsi; • attività strumentali (<i>Instrumental Activities of Daily Living – IADL</i>), che consistono in: capacità di usare il telefono, fare la spesa, prepararsi il cibo, avere cura della casa, fare il bucato, usare i mezzi di trasporto, prendere farmaci, gestire il denaro.
Assegno di cura	È un contributo economico omnicomprensivo erogato in favore del nucleo familiare di pazienti affetti da SLA / SMA e di persone in condizioni di disabilità gravissima, per sostenere economicamente i familiari che sostengono direttamente (care giver familiare) e indirettamente (care giver professionale) i congiunti che si trovano in condizioni di malattia e di non autosufficienza lieve / media / grave.
Bisogno	Situazione di carenza e/o mancanza sia fisica sia psicologica che porta inevitabilmente ad una situazione di frustrazione da parte dell'individuo coinvolto. Il bisogno può tradursi in una domanda (di beni e/o servizi) volta a colmare la richiesta o rimanere inespresso.
Buono servizio	Una particolare forma di erogazione dei servizi sociali pubblici che concilia il principio di libera scelta dell'utente con la garanzia della qualità e dell'accessibilità economica al servizio. Il buono servizio è un titolo di acquisto utilizzato dai Comuni e dagli utenti per accedere che dà diritto all'utente di ricevere il servizio, a sua scelta, da una delle agenzie che si siano a tal fine accreditate presso l'amministrazione titolare della funzione mediante l'iscrizione nel Catalogo dell'offerta (accessibile su piattaforma telematica).
Care giver o referente	Espressione di origine anglosassone che significa letteralmente “donatore di

<i>familiare</i>	<i>cura</i>”; è la persona che, nell’ambiente domestico, assume l’impegno di cura della persona non autosufficiente, fornisce aiuto e supporto al malato nel suo percorso di recupero fisico, mentale ed affettivo. È in genere un familiare, ma può essere anche un assistente alla persona, un volontario (<i>caregiver non professionali</i>) o un operatore adeguatamente formato (<i>caregiver professionali</i>). Il “caregiver” svolge un ruolo insostituibile, con un’attività che può dirsi continuativa per l’intero arco della giornata, con le prevedibili conseguenze su tutti gli aspetti della vita, soprattutto nel caso che il caregiver sia un familiare. Per poter essere un efficace “curante”, deve conoscere la malattia e le conseguenze che essa ha nel comportamento del malato. È necessario che acquisisca conoscenza e competenza per essere in grado di affrontare tutti gli ostacoli che la vita quotidiana con il malato presenta. Ha il diritto, pertanto, a ricevere le indicazioni sulle migliori strategie per affrontare i problemi quotidiani, per instaurare un rapporto comunicativo corretto con l’assistito ed ad essere informato sugli obiettivi, la strategia, la cronologia del programma di cura e anche i limiti dello stesso in relazione alle lesioni sofferte dalla persona assistita
<i>Case manager o responsabile del Piano Assistenziale</i>	La figura del Responsabile del piano d’intervento dei servizi è decisa dall’UVM come referente formale della presa in carico all’interno del Piano individualizzato di assistenza, con il compito di garantire continuità assistenziale attraverso il coordinamento e monitoraggio di servizi e professionalità coinvolte nel piano di trattamento.
<i>Cure domiciliari Integrate</i>	È la forma di assistenza domiciliare che richiede diverse competenze professionali sanitarie e sociali al fine di rispondere a esigenze complesse di persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza parziale o totale e che necessitano di una assistenza continuativa di tipo sociosanitario. Prevede altresì la fornitura di farmaci e del materiale sanitario di assistenza. Lo scopo è garantire all’utente l’assistenza e i trattamenti di cui necessita presso il proprio domicilio favorendone le dimissioni dall’ospedale o da struttura

	residenziale. Si realizza tramite l'erogazione coordinata e continuativa di una molteplicità di prestazioni tra loro integrate, sia sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative) sia socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali. La responsabilità clinica generalmente è attribuita al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta in caso di minori e la sede organizzativa è nel distretto. L'attivazione delle cure domiciliari integrate (ADI) richiede la presa in carico della persona, previa valutazione sanitaria o sociosanitaria multidimensionale del bisogno (VMD), e la definizione di un piano assistenziale individualizzato (PAI) in cui sono individuati gli obiettivi di cura e i tempi di recupero, le tipologie di intervento e la frequenza degli accessi degli operatori. Le cure domiciliari che possono avere diversa intensità e, in relazione alla criticità e alla complessità, del caso, possono essere classificate in Assistenza domiciliare integrata (ADI) di 3 livelli: • Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) di I livello: è costituita da prestazioni di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica rivolta a persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati articolati sino a 5 giorni . • Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) di II livello: le prestazioni, dello stessa tipologia del punto precedente, devono essere articolate su 6 giorni in relazione ai bisogni del caso • Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) di III livello: prestazioni a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale e interventi programmati su 7 giorni (considerato anche il servizio di pronta disponibilità). Assorbono le
--	---

	prestazioni un tempo definite di Ospedalizzazione domiciliare. Anche le Cure Palliative rientrano nel III livello, in questo caso la responsabilità clinica permane in capo al MMG o PLS che si può avvalere anche del medico palliativista. Le cure palliative devono essere erogate da un'équipe in possesso di specifiche competenze.
<i>Cure palliative</i>	L'Assistenza domiciliare prestazionale è costituita da quelle prestazioni professionali, erogate in risposta a bisogni sanitari, di tipo medico infermieristico o riabilitativo, anche ripetute nel tempo, ma che non richiedono la valutazione multiprofessionale o multidimensionale e la compilazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) . Le cure domiciliari prestazionali sono attivate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altri servizi distrettuali e non devono essere valute dall'UVM. Possono essere occasionali o cicliche programmate. Le Cure Prestazionali comprendono: l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), l'Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID) e l' Assistenza Riabilitativa Domiciliare (ARD). Assistenza Domiciliare Programmata (ADP): consiste nella programmazione sistematica delle visite domiciliari del Medico di Medicina Generale (MMG). La possibilità di attivazione dell'ADP è limitata esclusivamente ai soggetti che presentano le seguenti caratteristiche: a) impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare); b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore); c) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:

	• insufficienza cardiaca in stadio avanzato; • insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale; • arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato; • gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione; • cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi; • paraplegici e tetraplegici
<i>Dimissione protetta</i>	Modalità di dimissione concordata tra l'ospedale e i servizi sanitari territoriali di pazienti in condizioni di non autosufficienza o di incompleta stabilizzazione clinica, che richiedono, a domicilio o in struttura residenziale territoriale sanitaria o sociosanitaria, la continuazione delle cure mediche, infermieristiche e riabilitative.
<i>Equipe operativa</i>	E' l'equipe che realizza il percorso a domicilio della persona assistita. L'equipe Operativa è specifica e variabile per ogni singolo caso ed è costituita da tutti gli operatori del pubblico e del privato che provvedono all'attuazione del PAI. Essa è pertanto costituita dagli operatori che si prendono cura a livello domiciliare del paziente e della sua famiglia; è coordinata in genere dal MMG/PLS per la parte sanitaria e dall'assistente sociale dell'ambito territoriale per la parte sociale. A differenza dunque dell'UVM., che è un team "rappresentativo" della complessità del bisogno dell'assistito e che, per essere funzionale, deve essere agile e opportunamente ristretta, l'Équipe operativa" integrata è necessariamente costituita in ogni momento dall'insieme degli operatori che in quel momento si prendono cura del soggetto: di qui, inoltre, la necessità e il rilievo della figura del Case Manager e la complessità dei suoi compiti. Indipendenza. Capacità di gestire e di provvedere ai propri bisogni, utilizzando
<i>Grado di autonomia</i>	Indipendenza. Capacità di gestire e di provvedere ai propri bisogni, utilizzando le proprie potenzialità e le risorse disponibili e senza subire le influenze esterne ed estranee.
<i>Grado di invalidità</i>	Livello (solitamente espresso in percentuale) di autonomia (fisica e/o psichica)

	dell'individuo, certificata da apposita commissione sanitaria. Vedi invalidità.
<i>Grado di invalidità</i>	Livello (solitamente espresso in percentuale) di autonomia (fisica e/o psichica) dell'individuo, certificata da apposita commissione sanitaria. Vedi invalidità.
<i>Indicatore</i>	Caratteristica qualitativa (confrontabile) o quantitativa (misurabile) di un oggetto o di un fenomeno che su questi consente di costruire ipotesi, dare giudizi. Il risultato dell'osservazione della caratteristica in questione, sia essa uno stato o un evento, definisce il 'valore' o la misura dell'indicatore.
<i>Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE)</i>	Strumento che consente di selezionare i potenziali utilizzatori del servizio in ordine alle condizioni reddituali, familiari e/o individuali, nonché di far partecipare, proporzionalmente alle proprie risorse, i potenziali utilizzatori, al fine di garantire l'universalità o, almeno, l'allargamento di accesso alle prestazioni. Lo strumento consente di omogeneizzare la base informativa necessaria a definire i criteri di selettività e/o grado di compartecipazione nell'accesso alle prestazioni agevolate, consentendo un miglior utilizzo delle risorse pubbliche (DPCM n. 159/2013). In corso l'iter di approvazione del recepimento del nuovo ISEE nella normativa regionale (novellato art. 6 del Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i. con Del. G.R. n. 422/2015 e successivi adempimenti).
<i>Livelli Essenziali di Assistenza – LEA</i>	L'insieme delle prestazioni e dei servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. I LEA sono organizzati in tre grandi Aree: - l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale); - l'assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza

	farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche); - l'assistenza ospedaliera, in ospedali per acuti, in ricovero ordinario e in ricovero diurno (day hospital e day surgery), in pronto soccorso, in ospedali per la lungodegenza e la riabilitazione, in ricovero ordinario e in ricovero diurno (day hospital).
<i>Ospedalizzazione domiciliare</i>	Espressione ormai da considerarsi superata, in quanto rientrante nelle cure domiciliari di III livello, così come la cosiddetta "Ospedalizzazione domiciliare a malati terminali". La collocazione elettiva delle cure domiciliari, infatti, è nel LEA Assistenza distrettuale, anche quando vengono forniti apporti ospedalieri (risorse umane, tecnologie).
<i>Porta Unitaria d'accesso (P.U.A.)</i>	La Porta Unitaria di Accesso è una modalità organizzativa volta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. La Porta Unitaria di Accesso deve tendere a superare una serie di barriere informative, relazionali, culturali e fisiche spesso determinate da una rete di offerta caratterizzata da frammentazione erogativa, complessità delle procedure di accesso, dallo scarso coordinamento tra le varie Istituzioni e unità operative coinvolte. Il servizio si configura come una struttura di snodo dell'offerta dei servizi alla persona, attraverso sportelli unificati per l'accesso a tutti i servizi sociosanitari territoriali, con attenzione all'ascolto delle persone e vigilanza sul rischio di burocratizzazione del servizio. La PUA svolge anche funzione di supporto organizzativo al lavoro dell'UVM, con la gestione delle agende dell'UVM e delle figure di volta in volta coinvolte, delle richieste urgenti derivanti dal MMG/PLS ovvero dal medico ospedaliero in

	caso di “dimissioni protette”. Le principali funzioni: informazione, orientamento, accompagnamento, preistruttoria richieste e supporto organizzativo all’UVM.
<i>Presa in carico</i>	È un processo, un insieme di azioni, percorsi, strategie, che il Servizio sanitario mette in atto per rispondere a bisogni di salute complessi e che richiedono un’assistenza continuativa o prolungata nel tempo coinvolgendo diverse professionalità. Nell’ottica del Punto Unico di Accesso, la “presa in carico” può essere definita come “un processo integrato e continuativo che si configura come “governo” di un insieme articolato e coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso e articolato”. La “presa in carico” è legata alla “complessità” dei bisogni, della domanda, della valutazione dei bisogni e dell’offerta e, a tale complessità, è strettamente legato il concetto di “unitarietà”. La complessità, infatti, richiede “unitarietà” di azioni nei diversi livelli di intervento (tra soggetti istituzionali; tra soggetti professionali; tra i diversi attori che operano nel contesto socio-ambientale: famiglia, ambiente sociale, comunità). La complessità richiede “continuità” tra i bisogni, espressi da una domanda, e le risposte rappresentate dall’offerta di servizi; di risposte modulate nella loro gradualità e modulate nel tempo. Si “prende in carico” la persona, nella sua globalità, e con i bisogni della stessa. La presa in carico si compone di diverse fasi e momenti (richiesta di aiuto; analisi della domanda; progetto di intervento; elaborazione e attuazione del Piano Assistenziale individualizzato (PAI) degli Interventi; verifica e valutazione; chiusura dell’intervento).
<i>Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)</i>	E’ lo strumento di attuazione della presa in carico. Scopo del Piano Assistenziale Individualizzato è quello di superare le “logiche prestazionali” a favore di globalità e continuità assistenziale, coinvolgendo gli attori interessati su progetti di cura, intorno ai bisogni della persona. E' elaborato nel corso della

	valutazione sanitaria dall'équipe sanitaria di valutazione o dall'UVM nel caso di valutazione sociosanitaria per ognuno dei cittadini presi incarico. Tiene conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. Il PAI è redatto su apposito modulo predefinito digitale. L'UVM è responsabile del PAI e ne verifica l'attuazione mediante il <i>Case manager</i>. Il PAI deve definire esplicitamente e in maniera analitica: • gli obiettivi e i risultati attesi, sia riguardo alla persona assistita che ai suoi familiari; • in rapporto al bisogno accertato, la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità (alto, medio-lieve) dell'intervento e le figure professionali impegnate; • titolarità, competenze e responsabilità di spesa • le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento • le competenze e funzioni del referente familiare • la durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale • le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi • 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.
Unità di Valutazione Integrata (UVM.)	L'Unità di Valutazione Integrata (UVM.) è un'équipe socio-sanitaria multidisciplinare integrata, composta da personale dell'ASL e dei Comuni . Essa è disciplinata dalla L.r. n. 19/2006, dalla l.r. n. 25/2006, dal Reg. R. n. 4/2007, dalla L.R. n.4/2010 Omnibus , dalla DGR n. 691/2011, cui si fa rinvio.
Valutazione	Analisi sistematica e scientifica dei dati collegati allo stato di malattia e di

[illegible]

	<i>Legenda degli Acronimi</i>
<i>ADI</i>	Assistenza Domiciliare Integrata
<i>ADO</i>	Assistenza Domiciliare Oncologica
<i>ADR</i>	Assistenza Domiciliare Riabilitazione
<i>ADP</i>	Assistenza Domiciliare Programmata (del MMG)
<i>CDI</i>	Cure Domiciliari Integrate
<i>CP</i>	Cure Prestazionali
<i>DP</i>	Dimissione Protetta
<i>LEA</i>	Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria
<i>LIVEAS</i>	Livelli Essenziali di Assistenza Sociale
<i>LEP</i>	Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali
<i>MMG</i>	Medico di Medicina Generale
<i>PAI</i>	Piano Assistenziale Individualizzato
<i>PAT</i>	Programma delle Attività Territoriali
<i>PdZ</i>	Piano di Zona



AMBITO TERRITORIALE N°1
Ginosa – Laterza – Castellaneta – Palagianello
ASL TA

DOMANDA DI ACCESSO
AI SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI INTEGRATI DI AMBITO

SPETT.LE AMBITO SOCIALE TA/1
SPORTELLLO P.U.A.
VIA POGGIO 3
74013 GINOSA (TA)

Il/La richiedente _____

Nato/a _____ (Prov. _____) il _____

Residente in _____ Cap. _____

Via _____ n. _____

Domiciliato (se diverso dalla residenza) in Via _____ n. _____

Tel/Cell _____ c/o _____

Sesso : M ____ F ____ Stato Civile _____

In caso di rappresentante legale (genitore, curatore, amministratore di sostegno, etc..) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):

Il Sig./La Sig.ra _____

Codice Fiscale _____ Residente in _____

Cap. _____ Via _____ N. _____ Tel./Cell. _____

☐ In qualità di rappresentante legale del richiedente (specificare)

☐ Persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere

TIPO DI PRESENTAZIONE RICHIESTA:

- | | | |
|---|------------------|---------------------------|
| o | Domiciliare | SAD |
| | | ADI |
| | | ADE |
| o | Residenziale | CASA PER LA VITA ART. 70 |
| | | DOPO DI NOI ART. 57 |
| o | Semiresidenziale | CENTRO DIURNO ART. 60 |
| | | CENTRO DIURNO ART. 60 TER |
| o | Altro | INTEGRAZIONE SCOLASTICA |
| | | TRASPORTO ASSISTITO |

MMG/PLS dell'utente _____ Tel _____

Studio Medico Via _____ Città _____

Altro Medico Proponente : (specificare nome e cognome, struttura di appartenenza)

Tel _____

In caso di urgenza contattare _____ Tel _____

Luogo e Data _____

Firma _____

Consenso informato

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ residente a _____

Via _____ in qualità di (specificare) _____

Autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D. L.gs 196/2003 e s.m.i.: SI ____ NO ____

Luogo e Data _____

Firma _____

Allegati: _____



educarci al sociale bene comune

costruire diritti nella fragilità che ci avvolge

AMBITO TERRITORIALE TA/1

GINOSA – LATERZA – CASTELLANETA – PALAGIANELLO – ASL TARANTO

SERVIZI ATTIVI:

P.U.A. – PORTA UNICA DI ACCESSO

A.D.I. – ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

S.A.D. – SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

A.D.E. – ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA

CENTRO DIURNO INTEGRATO PER IL SUPPORTO COGNITIVO

CENTRO DIURNO SOCIO EDUCATIVO E RIABILITATIVO

TRASPORTO SOCIALE PER PERSONE CON DISABILITA'

INTEGRAZIONE SCOLASTICA DIVERSABILI

ABUSO E MALTRATTAMENTO

SEZIONI PRIMAVERA

HOME CARE PREMIUM

PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE – PRO.VI. - Pr.A.A.L.

CANTIERI DI CITTADINANZA

S.I.A. – SOSTEGNO PER L'INCLUSIONE ATTIVA

COMUNITA' SOCIO RIABILITATIVA – DOPO DI NOI

CASA PER LA VITA – PROBLEMATICHE PSICOSOCIALI