

CARTA DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI



SOMMARIO

PAG.

Premessa	4
PRIMA PARTE	5
- Presentazione	5
- Che cos'è	5
- Principi ispiratori	5
- Comunicazione e trasparenza	6
- Uguaglianza	6
- Equità	6
- Continuità	6
- Efficienza ed efficacia	6
- Verifica della qualità	6
- Integrazione dei servizi	7
- Personalizzazione	7
- Partecipazione	7
- Gli attori	7
- Il Territorio e la popolazione dell'Ambito	7
- Piano Sociale di Zona	7
- Il Coordinamento Istituzionale	8
- L'Ufficio di Piano	8
- La concertazione	8
SECONDA PARTE	10
SEZIONE I – WELFARE D'ACCESSO	10
- PUA (Porta Unica di Accesso)	11
- Segretariato Sociale	12
- Servizio Sociale Professionale	14
- Altri Servizi Socio-Sanitari	16
SEZIONE II – MINORI	17
- Asili Nido e altri servizi Socio-educativi per la prima infanzia art. 53 - Reg. Reg. n. 4/2007	18
- ADE (Assistenza domiciliare Educativa) art. 87 bis - Reg. Reg. n. 4/2007	19
- Buoni Servizio Infanzia	20
- Centro Socio-Educativo Diurno per minori - art. 52 - Reg. Reg. 4/2007	21

SOMMARIO

PAG.

SEZIONE III – DISABILI E ANZIANI	22
- Centro Diurno Socio educativo e riabilitativo art. 60 - Reg. Reg. n. 4/2007	23
- Centro sociale polivalente per diversamente abili art. 105 - Reg. Reg. n.4/2007	24
- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) art. 88 - Reg. Reg. n. 4/2007	25
- SAD (Servizio Assistenza Domiciliare) art. 87- Reg. Reg. n. 4/2007	26
- Contributi per l’eliminazione delle Barriere Architettoniche in edifici privati	28
- Pro.V.I. (Progetto di Vita Indipendente)	27
- Trasporto Assistito Disabili	30
- Integrazione Scolastica art. 92 - Reg. Reg. n. 4/2007	31
- Buoni Servizio Disabili e Anziani	32
 SEZIONE IV – RESPONSABILITA’ FAMILIARI	 33
- Affidamento Familiare art. 96 - Reg. Reg. n. 4/2007	34
 SEZIONE V – PREVENZIONE DELLA VIOLENZA	 35
- Centro Antiviolenza art. 107 - Reg. Reg. n. 4/2007	36
 TERZA PARTE	 38
- Meccanismi di tutela	38
- Procedura	38
- Sistema di valutazione della Qualità	39
 GLOSSARIO	 40

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 - Reg. Reg. 4/2007, nasce come uno tra gli obiettivi del Piano di Zona nel quale le diverse amministrazioni dei 7 Comuni dell'Ambito Territoriale 7 (Manduria, Avetrana, Fragagnano, Lizzano, Maruggio, Sava e Torricella) 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 e servizi.

La pubblicazione della Carta dei Servizi rappresenta per i Comuni dell'Ambito Territoriale 7 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.

È uno strumento di facile consultazione per i Cittadini; 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 Territoriale 7, 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 socio-sanitari integrati" 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 e Socio-Sanitari 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 erogati alla persona;
- 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:

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

Che cos’è

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

Principi ispiratori

La Legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” e 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 per 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.

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, degli Operatori Socio Sanitari confederali e relative categorie e del terzo settore.

La Carta dei Servizi Sociali e Socio-Sanitari del Piano di Zona dell'Ambito Territoriale 7 si ispira ai principi di:

Comunicazione e trasparenza

- I Cittadini, di fronte ad un bisogno o disagio sociale, devono sapere dove andare, a chi rivolgersi e conoscere quali sono le "porte d'accesso ai servizi";
- Gli operatori preposti all'attuazione del Piano Sociale di Zona devono diffondere le informazioni sulle procedure, sui servizi e sulla loro modalità di erogazione in modo trasparente, semplice, capillare, completo ed aggiornato; al contempo, 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;
- L'informazione deve essere resa con cortesia, educazione, rispetto e disponibilità da parte di tutti gli operatori.

Uguaglianza

I servizi, a parità di esigenze, devono essere erogati a tutti gli Utenti, senza distinzioni di razza, sesso, nazionalità, religione ed opinione politica.

Equità

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

Continuità

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 e soddisfazione degli Utenti e del Personale.

Verifica della qualità

L'Ambito Territoriale 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 erogate.

Consapevole che migliorare la qualità dei servizi significa renderli sempre più conformi alle aspettative degli Utenti ed alle nuove esigenze della società in trasformazione, l'Ambito Territoriale 7 si impegna ad effettuare sondaggi e rilevazioni per conoscere come gli Utenti giudichino i servizi.

Le rilevazioni periodiche riguarderanno gli aspetti organizzativi, sociali ed educativi dei servizi e prevederanno una graduazione delle valutazioni e la possibilità di formulare proposte.

Integrazione dei servizi

L'Utente ha diritto di trovarsi di fronte a punti unitari di riferimento dove l'informazione e l'erogazione dei servizi deve risultare, il più possibile, integrata e completa.

Personalizzazione

L'Ambito Territoriale 7, attraverso il Piano Sociale di Zona, modella l'erogazione dei servizi in rapporto alle esigenze del Cittadino, 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

L'Ambito Territoriale 7 promuove il coinvolgimento dei Cittadini curando l'informazione sui servizi, sulle procedure di accesso, sulle modalità di erogazione e la partecipazione alla verifica della qualità erogata.

GLI ATTORI

Il Territorio e la popolazione dell'Ambito

Il Territorio dell'Ambito, esteso su una superficie pari a 439 Km², comprende 7 Comuni: Manduria, Avetrana, Fragagnano, Lizzano, Maruggio, Sava e Torricella. Al 1 gennaio 2015, la popolazione è pari a 79.821 abitanti, di cui circa 1.590 immigrati. Il numero delle famiglie è pari a 31.515. Il tasso di natalità nell'Ambito è pari al 7,7%. Il 22,5% della popolazione è ultrasessantacinquenne mentre il 16% è costituita da giovani dai 0 ai 17 anni.

L'aggiornamento dei dati anagrafici al 1 gennaio 2015 evidenzia un movimento demografico omogeneo tra i sette Comuni dell'Ambito, un costante calo della popolazione minorile e giovanile e 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 è un documento di pianificazione triennale dei servizi sociali e socio-sanitari e nasce dall'accordo tra i 7 Comuni facenti parte del Distretto Socio-

Sanitario dell'ASL TA/7 nonché dalla concertazione tra l'Ambito e le forze sociali che rappresentano i Cittadini (Operatori Socio Sanitari confederali e relative categorie e del terzo settore).

Il Coordinamento Istituzionale

È l'organo di indirizzo, di direzione e di rappresentanza politico-istituzionale dell'Ambito Territoriale, composto dai Sindaci dei Comuni facenti parte dello stesso, o da essi delegati, e dal Direttore del Distretto Socio Sanitario.

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 socio sanitaria, 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.

L'Ufficio di Piano

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 necessarie a rispondere al fabbisogno di competenze tecniche e di capacità professionali finalizzate allo svolgimento delle funzioni e dei compiti assegnati all'Ufficio stesso.

L'Ufficio di Piano è composto da unità di personale con funzioni di programmazione e progettazione, di gestione tecnica e amministrativa, finanziaria e contabile.

Presso l'Ufficio di Piano sono costituite le aree di inclusione socio-sanitaria; socio-educativa e socio-assistenziale.

Con particolare riferimento all'area socio sanitaria, alle attività dell'Ufficio di Piano partecipa, in rappresentanza del Distretto ASL TA/7, il Coordinatore Socio-Sanitario, 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.

La concertazione

La presente Carta dei Servizi è stata elaborata e realizzata in piena concertazione e condivisione con le parti sociali a seguito di un costante e proficuo confronto realizzatosi nel corso di numerosi incontri svoltisi in un tavolo tecnico composto dai funzionari dell'Ufficio di Piano, del Distretto Socio-Sanitario, e delle Organizzazioni Sindacali firmatarie del Piano Sociale di Zona. Ciò ha permesso l'elaborazione di un documento snello, di facile consultazione e aderente alla realtà territoriale finalizzato a rafforzare un canale di comunicazione tra Cittadini-Utenti e pubblica amministrazione nella logica di rete con le parti sociali:



Via Dioniso, 20 – Taranto
Tel. 099-7329911
Fax 099-7326823



Via R. Elena, 126 - Taranto
Tel. 099-4526868
Fax 099-4520455



IL SINDACATO DEI CITTADINI

Piazzale Dante, 2 - Taranto
Tel. 099-7361635
Fax 099-7361636



Via Aristosseno, 21 – Taranto
Tel. 099-4792369
Fax 099-4792364



Via R. Elena, 4 - Taranto
Tel. 099-4532570
Fax 099-4594451



Via Plateja, 55/5 - Taranto
Tel. 099-7305530
Fax 099-7328052

SECONDA PARTE

WELFARE D'ACCESSO

SERVIZIO

PUA (PORTA UNICA DI ACCESSO)



FINALITÀ

È un servizio a cui i Cittadini si possono rivolgere per avere un primo orientamento sui servizi sociali dell'Ambito, teso a favorire l'accesso agli stessi.

ATTIVITÀ

FRONT-OFFICE attraverso:

- Attività di informazione, orientamento e consulenza;
- Attività di accompagnamento e supporto nella compilazione di specifica domanda di accesso ai servizi.

BACK-OFFICE attraverso:

- Monitoraggio della domanda e dell'offerta;
- Analisi del bisogno;
- Monitoraggio delle risorse presenti sul territorio;
- Controllo della qualità del servizio erogato (somministrazione di questionari).

DESTINATARI Cittadini residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale 7

LOCALIZZAZIONE E ORARI DI APERTURE

PUA front office

Via San Gregorio Magno, 29
74024 Manduria (TA)
Tel: 099-800175

dal lunedì al venerdì
8:30 - 11:30

PUA back office

c/o Ospedale "Giannuzzi",
Via Mandonion
74024 Manduria (TA)
Tel. 099-800202

lunedì - mercoledì
9:00 - 13:00
giovedì
15:00 - 17:30

e-mail:
distretto7.pua@asl.taranto.it



PROFILI PROFESSIONALI IMPEGNATI

Assistenti Sociali
Amministrativi

PROFILI COSTO DEL SERVIZIO

Gratuito

SERVIZIO

SEGRETARIATO SOCIALE



FINALITÀ

Il servizio di segretariato sociale opera come sportello unico per l'accesso ai servizi socio-assistenziali e socio sanitari o sportello di cittadinanza, svolge attività d'informazione, di accoglienza, di accompagnamento, di ascolto e di orientamento sui diritti di cittadinanza con caratteristiche di gratuità per l'utenza. Il servizio di segretariato sociale deve caratterizzarsi per l'elevato grado di prossimità al Cittadino, diversificandosi dalle attività di presa in carico.

- Fornisce notizie e informazioni sui servizi sociali e socio sanitari presenti nell'ambito territoriale e nel distretto sociosanitario;
- Accoglie la domanda del Cittadino/Utente;
- Svolge attività di consulenza, orientamento e indirizzo;
- Fornisce indicazioni sulle modalità d'accesso ai servizi;
- Aiuta il Cittadino a rintracciare la soluzione al suo problema, quando questo non presenta la necessità di essere preso in carico dal Servizio Sociale Professionale;
- Collabora con le Associazioni e con gli Enti di Patronato, coordinandone gli interventi.

ATTIVITÀ

DESTINATARI Cittadini residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale 7

PROFILI PROFESSIONALI IMPEGNATI

Assistenti Sociali

PROFILI COSTO DEL SERVIZIO

Gratuito





LOCALIZZAZIONE E ORARI DI APERTURA

Avetrana - Via Vittorio Emanuele, 19 - 74020 Avetrana (TA)

Tel: 099-6613509 - Fax: 099-9704336 - email: avetrana.segretariatosociale@gmail.com

Orari di apertura: martedì e giovedì 10:00 -12:00

Fragagnano - Via C. Battisti, 1 - 74022 Fragagnano (TA)

Tel. 099-9561884 - Fax 099-9564117 - e-mail: fragagnano.segretariatosociale@gmail.com

Orari di apertura: lunedì, martedì, mercoledì 8:30 - 11:30

Lizzano - Via Mazzini, 6 - 74020 Lizzano (TA)

Tel. 099-9558615 - e-mail: lizzano.segretariatosociale@gmail.com

Orari di apertura: lunedì e giovedì 10:00 - 12:00 - martedì 16:00 - 17:30

Manduria - Via Corte Schiavoni, 16 - 74024 Manduria (TA)

Tel. 099-9795514 - 9742766 - e-mail: manduria.segretariatosociale@gmail.com

Orari di apertura: martedì h. 9:00 - 12:00 - giovedì 16:00 - 18:00

Maruggio - Via Vittorio Emanuele, 41 - 74020 Maruggio (TA)

Tel. 099-9701227 - email: maruggio.segretariatosociale@gmail.com

Orari di apertura: martedì e giovedì 9:00 -14:00

Sava - P.zza San Giovanni, 1 - 74028 Sava (TA)

Tel. 099-9722287 - email: sava.segretariatosociale@gmail.com

Orari di apertura: lunedì, martedì, mercoledì, giovedì, venerdì 09:00 - 13:00

Torricella - P.zza Barone Vito Bardoscia - Torricella (TA)

Tel. 099-9573007 - email: torricella.segretariatosociale@gmail.com

Orari di apertura: lunedì, martedì, mercoledì, giovedì : 8:30 -12:30 - giovedì 16:30 -18:30



SERVIZIO

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE



FINALITÀ

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

L'attenzione prioritaria è indirizzata ai soggetti più deboli ed emarginati, con interventi di prevenzione del disagio, potenziamento e attivazione delle risorse individuali familiari e comunitarie, di valorizzazione dell'individuo.

Sono prestazioni del Servizio Sociale Professionale:

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

ATTIVITÀ

DESTINATARI Cittadini residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale 7

PROFILI PROFESSIONALI IMPEGNATI

Assistenti Sociali

PROFILI COSTO DEL SERVIZIO

Gratuito





LOCALIZZAZIONE E ORARI DI APERTURA

Avetrana - Via Vittorio Emanuele, 19 - 74020 Avetrana (TA)

Tel: 099-6613509 - Fax: 099-9704336 - pec: servizi sociali.comune.avetrana@pec.rupar.puglia.it

Orari di apertura: martedì e giovedì 10:00 - 12:00

Fragagnano - Via C. Battisti, 1 - 74022 Fragagnano (TA)

Tel. 099-9561884 - Fax 099-9564117 - e-mail: segretariatosociale@comune.fragagnano.ta.it

pec: servizisociali@pec.comune.fragagnano.ta.it

Orari di apertura: lunedì, martedì, mercoledì 8:30 - 11:30

Lizzano - Via Mazzini, 6 - 74020 Lizzano (TA)

Tel. 099-9558615 - e-mail: sersoclizzano@libero.it - pec: servsoc.comunelizzano.ta@pec.rupar.puglia.it

Orari di apertura: lunedì e giovedì 10:00 - 12:00 - martedì 16:00 - 17:30

Manduria - Via Corte Schiavoni, 16 - 74024 Manduria (TA)

Tel. 099-9795514 - 9742766 - e-mail: servizisociali.net@libero.it

pec: servizisociali.comune.manduria@pec.rupar.puglia.it

Orari di apertura: martedì 9:00 - 12:00 - giovedì 16:00 - 18:00

Maruggio - Via Vittorio Emanuele, 41 - 74020 Maruggio (TA)

Tel. 099-9701227 - email: assist.maruggio@libero.it

pec: servizisociali.comune.maruggio.@pec.rupar.puglia.it

Orari di apertura: lunedì, martedì e venerdì 9:00 - 12:00

Sava - P.zza San Giovanni, 1 - 74028 Sava (TA)

Tel. 099-9722287 - Email: servizi sociali@comune.sava.ta.it

Pec: servizi sociali.comune.sava@pec.rupar.puglia.it

Orari di apertura: lunedì, martedì, mercoledì, giovedì, venerdì 9:00 - 12:00

Torricella - P.zza Barone Vito Bardoscia - Torricella (TA)

Tel. 099-9573007 - Email: servsoc.torricella@libero.it

Pec: info@pec.comune.torricella.it

Orari di apertura: martedì e giovedì 8:30 - 12:30



ALTRI SERVIZI SOCIO SANITARI

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.7 MANDURIA

Direttore: Dr. Giuseppe Pirinu
Coordinatrice Socio – Sanitaria: Dr.ssa Filomena Summa
Indirizzo: Via MANDONION n. 1
c/o Ospedale "M. Giannuzzi 2° piano – Manduria
Tel./Fax Segreteria: 099-800151 – 800359
e-mail: distretto7@asl.taranto.it

PORTA UNICA DI ACCESSO PUA DISTRETTO 7

Indirizzo: Via San Gregorio Magno, angolo Piazza della Pietà
Manduria - Tel. : 099 800145
e-mail: distretto7.convenzioni@asl.taranto.it - distretto7.pua@asl.taranto.it

UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE UVM

Indirizzo: Via San Gregorio Magno - Manduria
Tel. : 099-800154

UFFICIO ANAGRAFE

Indirizzo: Piazza della Pietà – Manduria
Tel.: 099-800181

UFFICIO PROTESI

Indirizzo: Via San Gregorio Magno – Manduria
Tel.: 099-800144

UNITA' OPERATIVA CONSULTORIALE

Consutorio Fragagnano
Indirizzo: Via C. Battisti, 17 – Fragagnano
Tel.: 099-860907

Consutorio Manduria
c/o Ospedale 3° piano
Tel.: 099-800340
via San Gregorio Magno, angolo Piazza della Pietà
Tel.: 099-800178

Consutorio Sava
via Dello Schiavo, 12
Tel.: 099-9727820

PSICOLOGIA CLINICA DISTRETTUALE

Indirizzo: Via San Gregorio Magno,
angolo Piazza della Pietà – Manduria
Tel.: 099-800384

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Ufficio centrale Manduria
Indirizzo: Via San Gregorio Magno,
angolo Piazza della Pietà
Tel.: 099-800123

SERVIZIO SALUTE MENTALE

via Filippo Del Prete, 28 - Manduria
Tel.: 099-9796781

SERT MANDURIA

via Bianchetti snc
c/o Ospedale Giannuzzi - Manduria
Tel.: 099-800407

UNITA' TERRITORIALE RIABILITATIVA UTR N.7

Piazza Risorgimento - Sava
Tel.: 099-726703 - 099 721345





MINORI

SERVIZIO

ASILI NIDO E ALTRI SERVIZI SOCIO-EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA (ART.53-REG.REG.N.4/2007)

FINALITÀ

- Sostenere la rete dei servizi per la prima infanzia e la conciliazione dei tempi vita-lavoro;
- Consolidare/ampliare la rete dei servizi socio-educativi per la prima infanzia;
- Sostenere le famiglie con l'erogazione di buoni servizio socio-educativi della prima infanzia.

ATTIVITÀ

- Attività educative;
- Attività ludico-espressive;
- Attività laboratoriali e di prima alfabetizzazione

DESTINATARI minori 0-36 mesi



LOCALIZZAZIONE E ORARI DI APERTURA

Comune di Avetrana

Asilo Nido
lunedì - sabato:
8:00 - 13:00

Comune di Maruggio

Sezione Primavera
lunedì - sabato:
8:00 - 14:00

Comune di Sava

Asilo Nido
Sezione Primavera
lunedì, martedì, mercoledì,
giovedì, venerdì: 7:30 - 16:30
Sabato 7:30 - 14:30

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Modulo di domanda
di accesso al servizio

Attestazione ISEE

Eventuale
documentazione
sanitaria

COSTO DEL SERVIZIO

Compartecipazione
da parte dell'utenza
in base alle fasce
ISEE

A CHI RIVOLGERSI

PUA
presso il Comune
di appartenenza

PROFILI PROFESSIONALI IMPEGNATI

Coordinatori
Educatori Professionali

SERVIZIO

A.D.E. (ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA)

(ART. 87 BIS – REG. REG. N. 4/2007)

FINALITÀ

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Educativa prevede interventi di natura sociale rivolti a nuclei familiari anche monogenitoriali, con minori in condizioni di disagio e problematiche socio-educative, relazionali e culturali, i cui genitori necessitano di supporto e sostegno, attraverso:

- Il miglioramento delle relazioni all'interno del nucleo familiare;
- La promozione di un processo di cambiamento e autonomia della famiglia;
- L'integrazione e la socializzazione dei bambini nel proprio ambiente di vita, attraverso le strutture educative presenti sul territorio;
- Il raggiungimento di un positivo inserimento nell'ambiente scolastico anche mediante un aiuto nello svolgimento dei compiti;
- Il sostegno alla funzione educativa genitoriale.

ATTIVITÀ

- Interventi educativi rivolti al minore;
- Interventi di sostegno alla famiglia;
- Interventi di promozione dell'autonomia dei genitori.

DESTINATARI Nuclei familiari con minori

LOCALIZZAZIONE DEL SERVIZIO

Presso il domicilio

A CHI RIVOLGERSI

PUA
presso il Comune
di appartenenza

PROFILI PROFESSIONALI IMPEGNATI

Educatori professionali
Operatori Socio Sanitari

COSTO DEL SERVIZIO

Gratuito



SERVIZIO

BUONI SERVIZIO INFANZIA



FINALITÀ

I Buoni Servizio Infanzia sono misure di sostegno al reddito che hanno la finalità di:

- promuovere e garantire il benessere e lo sviluppo dei bambini;
- sostenere il ruolo educativo dei genitori;
- conciliare i tempi di lavoro e di cura

ATTIVITÀ

- Attività educative;
- Attività ludico-espressive;
- Attività laboratoriali e di prima alfabetizzazione

DESTINATARI

Minori 0-17 anni
Nuclei familiari con minori



LOCALIZZAZIONE E ORARI DI APERTURA

Presso
le strutture iscritte
al Catalogo Regionale
dell'offerta

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Documento
di identità

Codice fiscale

ISEE

A CHI RIVOLGERSI

PUA
presso il Comune di
appartenenza

Strutture
iscritte al catalogo
Regionale
dell'Offerta

PROFILI PROFESSIONALI IMPEGNATI

Come da
Reg. Reg.
disciplinante
le strutture e
i Servizi

COSTO DEL SERVIZIO

Compartecipazione
da parte dell'Utenza
in base alle fasce ISEE

Franchigia di € 50,00

DISABILI E ANZIANI

SERVIZIO

CENTRO DIURNO SOCIO EDUCATIVO E RIABILITATIVO (ART. 60 - REG. REG. N. 4/2007)

FINALITÀ

Il Centro diurno socio-educativo è struttura socio-assistenziale a ciclo diurno finalizzata al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia.

ATTIVITÀ

Il Centro deve, in ogni caso, organizzare:

- Attività educative indirizzate all'autonomia;
- Attività di socializzazione ed animazione;
- Attività espressive, psico-motorie e ludiche;
- Attività culturali e di formazione;
- Prestazioni socio sanitarie e riabilitative eventualmente richieste per utenti con disabilità psico-sensoriali ovvero con patologie psichiatriche stabilizzate.



DESTINATARI

Utenti diversamente abili, tra i 6 e i 64 anni, anche psicosensoriali, con notevole compromissione delle autonomie funzionali, che necessitano di prestazioni riabilitative di carattere socio sanitario. Per gli Utenti minori la frequenza del Centro è prevista esclusivamente per le attività extrascolastiche, ad integrazione e nel rispetto dell'obbligo di frequenza dei percorsi di studio previsti.

LOCALIZZAZIONE E ORARI DI APERTURA

Comune di Manduria

Orari di apertura:
lunedì, martedì, mercoledì,
giovedì, venerdì
9:00 - 17:00

COME ACCEDERE AL SERVIZIO

Presentare opportuna istanza presso la PUA, corredata della scheda S.Va.M.DI. compilata dal MMG e/o PLS.

La PUA trasmetterà tutta la documentazione all'UVM che provvederà alla valutazione

A CHI RIVOLGERSI

PUA
presso il Comune
di appartenenza

PROFILI PROFESSIONALI IMPEGNATI

Coordinatore,
Educatori professionali,
Operatori socio sanitari

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Modello di Domanda

S.Va.M.DI.
(compilata da MMG/PLS e
Assistente Sociale Comunale)

COSTO DEL SERVIZIO

Compartecipazione
dell'Utenza in relazione
alle fasce ISEE.



CENTRO SOCIALE POLIVALENTE PER DIVERSAMENTE ABILI (ART. 105 – REG. REG. N.4/2007)

FINALITÀ

Il Centro Sociale Polivalente è una struttura aperta alla partecipazione anche non continuativa di diversamente abili, con bassa compromissione delle autonomie funzionali, alle attività ludico-ricreative e di socializzazione e animazione, in cui sono garantite le prestazioni minime connesse alla organizzazione delle suddette attività, ai presidi di garanzia per la salute e l'incolumità degli Utenti durante lo svolgimento delle attività del Centro.

Gli interventi e le attività all'interno e all'esterno del Centro devono consentire di contrastare l'isolamento e l'emarginazione sociale delle persone diversamente abili, di mantenere i livelli di autonomia della persona, di supportare la famiglia.

ATTIVITÀ

- Attività educative indirizzate all'autonomia;
- Attività di socializzazione e animazione;
- Attività espressive, psico-motorie e ludiche;
- Attività culturali e di formazione;
- Prestazioni a carattere assistenziale;
- Attività di laboratorio ludico-espressivo e artistico;
- Organizzazione di vacanze invernali ed estive;
- Somministrazione dei pasti (ove previsto);
- Servizio trasporto (ove previsto).

DESTINATARI Diversamente abili con bassa compromissione delle autonomie funzionali

LOCALIZZAZIONE E ORARI DI APERTURA

Comune di Fragagnano
lunedì - mercoledì - giovedì:
8:00 - 14:00
martedì-venerdì:
8:00 - 17:00

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Modulo di domanda
Attestazione ISEE
Certificazione sanitaria

A CHI RIVOLGERSI

PUA
presso i Comuni
di appartenenza

PROFILI PROFESSIONALI IMPEGNATI

Come da Regolamento

COSTO DEL SERVIZIO

Compartecipazione
dell'Utenza in relazione
alle fasce ISEE



SERVIZIO

ADI (ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA) (ART. 88 – REG. REG. N. 4/2007)

FINALITÀ

Fornire adeguata assistenza, previa valutazione dell'UVM, a persone che presentano bisogni di tipo sanitario e socio-sanitario, che necessitano di trattamento domiciliare, limitando l'inserimento in strutture residenziali ed evitando i ricoveri ospedalieri impropri.

ATTIVITÀ

- Trattamento infermieristico;
- Trattamento fisioterapico;
- Visite specialistiche a domicilio;
- Accessi programmati del Medico di Medicina Generale/PLS;
- Visite mediche specialistiche a domicilio;
- Assistenza all'igiene personale e degli ambienti.

DESTINATARI

Persone affette da malattie croniche invalidanti e/o progressive terminali che possono essere assistite a domicilio e che non sono in grado di condurre una vita in maniera autonoma.



PROFILI PROFESSIONALI IMPEGNATI

Responsabile/Coordinatore del servizio,
figure professionali
in relazione alle specifiche
prestazioni/attività
individuate
nel Piano Assistenziale
Individualizzato (PAI)

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Modulo di Domanda

Attestazione ISEE
Socio Sanitario

Eventuale
certificazione sanitaria

COME ACCEDERE AL SERVIZIO

L'accesso al servizio
avviene rivolgendosi
alla PUA o al proprio
MMG / PLS

COSTO DEL SERVIZIO

A compartecipazione
da parte dell'Utente
in relazione alle fasce ISEE

SERVIZIO

SAD (SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE)

(ART.N. 87 – REG. REG. N.4/2007)



FINALITÀ

Il Servizio di Assistenza Domiciliare è mirato a sostenere la persona con limitata autosufficienza nel suo contesto di vita, evitando l'istituzionalizzazione, consentendo una soddisfacente vita di relazione attraverso un insieme di prestazioni socio-assistenziali.

ATTIVITÀ

- Compagnia;
- Disbrigo di piccole pratiche;
- Preparazione e somministrazione dei pasti;
- Governo della casa;
- Sostegno della mobilità personale;
- Assistenza nelle attività di igiene personale.

DESTINATARI Minori e famiglie, diversamente abili, anziani



PROFILI PROFESSIONALI IMPEGNATI

Responsabile/Coordinatore del servizio

Operatore Generico

Operatore Socio Sanitario

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Modulo di domanda

Attestazione ISEE Ordinario

COME ACCEDERE AL SERVIZIO

L'accesso al servizio avviene rivolgendosi alla PUA

COSTO DEL SERVIZIO

A compartecipazione a seconda delle fasce ISEE

SERVIZIO

PRO.V.I. (PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE)

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, abbandonando la posizione di "oggetto di cura" per diventare "soggetto attivo" che si autodetermina. Elemento caratterizzante dei percorsi di vita indipendente è la possibilità, da parte della persona disabile, di scegliere e assumere direttamente, con regolari rapporti di lavoro il proprio assistente, concordandone direttamente mansioni, orari e retribuzione.

INTERVENTI ATTIVABILI

- a) Obiettivi specifici di vita indipendente (che devono essere strettamente connessi al completamento di percorsi di studi finalizzati al conseguimento di durata almeno semestrale, oppure relativi all'attivazione di percorsi di inserimento lavorativo per persone non occupate);
- b) Ausilio di un assistente personale (assunto con regolare contratto di lavoro di assistente alla persona non autosufficiente e che non risulti avere rapporti di parentela entro il 2° con il potenziale beneficiario);
- c) Utilizzo di ausili informatici e di domotica (deve risultare chiara l'autonomia perseguibile dal disabile attraverso l'utilizzo degli ausili informatici a supporto della connettività sociale e/o delle soluzioni tecnologiche di domotica destinate a rendere intelligente e cooperative l'ambiente domestico in quanto capaci di fornire maggiore sicurezza, semplicità e benessere nello svolgimento delle attività quotidiane).

DESTINATARI

Persone con disabilità motorie gravi ovvero affette da gravi patologie neurodegenerative che abbiano già prodotto permanenti limitazioni alla capacità autonoma di movimento

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Documento di riconoscimento
Codice Fiscale
Attestazione ISEE
Certificazione invalidità



COME ACCEDERE AL SERVIZIO

Tramite istanza compilabile on-line all'indirizzo:
<http://www.sistema.puglia.it/portal/page/portal/SolidarietaSociale/PROVI>

CONTRIBUTI PER L'ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE IN EDIFICI PRIVATI

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.

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 dal Regolamento di Ambito approvato con Deliberazione del Coordinamento Istituzionale n. 40 del 24/11/2015.

1) Il contributo potrà essere richiesto solo per edifici privati, per opere sia interne all'alloggio che esterne, nonché per meccanismi di sollevamento. Potrà essere riconosciuto sia per opere da realizzare su parti Comuni dell'edificio, sia su immobili o porzione degli stessi in esclusiva proprietà o godimento della persona disabile.

2) La persona può richiedere ed ottenere solo un contributo per ciascun anno. Potrà presentare ulteriori domande negli anni successivi per l'opera non finanziata o per opere diverse.

3) Sono finanziabili gli interventi che sono strettamente connessi al tipo di disabilità comprovata da apposita certificazione medica.

4) Le tipologie di opere ammissibili sono:

a) Opere edilizie direttamente finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche, fisiche e percettive;

b) Acquisto ed installazione di attrezzature direttamente finalizzate alla eliminazione delle barriere quali:

- I) Mezzi idonei a garantire il superamento dei dislivelli da parte delle persone con problemi di mobilità;
- II) Strumenti idonei a favorire la sicurezza d'uso e la fruibilità degli spazi da parte delle persone disabili;
- III) Dispositivi idonei a favorire l'orientamento e la mobilità negli ambienti;
- IV) Dispositivi impiantistici idonei a favorire l'autonomia domestica della persona con disabilità.

5) Non sono finanziabili:

- a) Le migliorie per gli adeguamenti a norma;
- b) Le richieste di ampliamento che comportano aumento di volumetria;
- c) Gli interventi di manutenzione;
- d) I mezzi e le attrezzature erogabili dall'Asl o coperte da altri finanziamenti pubblici;
- e) Se l'immobile è soggetto a vincoli storico-artistici o ambientali, l'interessato dovrà acquisire nulla osta per la realizzazione dell'intervento dalle autorità competenti.



DESTINATARI Disabili residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale 7

A CHI RIVOLGERSI

PUA
presso il Comune
di appartenenza

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Modulo di domanda

Attestazione ISEE

Preventivo di spesa

Verbale di riconoscimento
dell'invalidità

Certificato del Medico
di Medicina Generale o
Pediatra di Libera Scelta

SERVIZIO

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 - Reg. Reg. n.4/2007.

ATTIVITÀ

Trasporto verso e dalle strutture riabilitative con recapito domiciliare assistito dell'utente

DESTINATARI

Disabili in possesso della situazione di gravità riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 1 e 3, della Legge n. 104/92;



COME ACCEDERE AL SERVIZIO

Istanza da presentare alla PUA che provvede a trasmetterla all'U.T.R. per la relativa autorizzazione.

ENTE GESTORE

Affidamento a terzi

COSTO DEL SERVIZIO

A Compartecipazione dell'Utenza in relazione alle fasce ISEE

SERVIZIO

INTEGRAZIONE SCOLASTICA

(ART.92 – REG. REG. N. 4/2007)

FINALITÀ

Il Servizio per l'Integrazione Scolastica e le attività extrascolastiche dei diversamente abili sono finalizzati a garantire il diritto alla studio dei portatori di handicap fisici, psichici e sensoriali attraverso il loro inserimento nelle strutture scolastiche ordinarie, comprese la Scuola per l'infanzia e l'Università, ed in ogni altro contesto socializzante e socio-educativo extrascolastico.

ATTIVITÀ

- Sostegno socio-educativo;
- Attività didattiche di sostegno con personale specializzato;
- Sostegno psico-socioeducativo in ambiente scolastico per l'integrazione del soggetto diversamente abile con il gruppo classe.

DESTINATARI Minori con disabilità residenti presso uno dei Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale 7

COME ACCEDERE AL SERVIZIO

Valutazione del caso da parte del responsabile UTR del Distretto Socio Sanitario ASL TA/7

PROFILI PROFESSIONALI IMPEGNATI

Educatori Professionali

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Modulo di Domanda

Diagnosi funzionale (da redigersi a cura dell'UTR)

Riconoscimento legge 104/92

A CHI RIVOLGERSI

PUA
Dirigente scolastico

COSTO DEL SERVIZIO

Gratuito



SERVIZIO

BUONI SERVIZIO DISABILI E ANZIANI



FINALITÀ

L'erogazione dei buoni servizio si pone l'obiettivo generale di favorire l'accesso ad una rete estesa, qualificata e differenziata di strutture/servizi socioassistenziali, socio educativi e socio riabilitativi per persone diversamente abili e ultra65enni in condizione di non autosufficienza.

ATTIVITÀ

- Attività socio educative e riabilitative;
- Attività di cure domiciliari;
- Attività di socializzazione e animazione;
- Attività laboratoriali ludico-espressivi ed artistiche.

DESTINATARI

Anziani non autosufficienti
Disabili

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Documento di riconoscimento

Attestazione ISEE

Certificazione invalidità

A CHI RIVOLGERSI

PUA

Strutture iscritte
al catalogo regionale

COSTO DEL SERVIZIO

Compartecipazione dell'utenza
in relazione alle fasce ISEE

Franchigia di € 50,00



COME ACCEDERE AL SERVIZIO

Mediante compilazione della domanda su piattaforma informatica Regione Puglia al seguente indirizzo:
<http://www.sistema.puglia.it/portal/page/portal/SolidarietaSociale/CATALOGO>

RESPONSABILITA' FAMILIARI

SERVIZIO

AFFIDAMENTO FAMILIARE

(ART. 96 – REG. REG. N. 4/2007)

FINALITÀ

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

ATTIVITÀ

- Sensibilizzazione e promozione della cultura dell’affidamento familiare;
- Selezione delle persone o coppie disponibili all’affido;
- Creazione dell’anagrafe dei nuclei 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 Territoriale 7

COME ACCEDERE AL SERVIZIO

Valutazione dell’Equipe multidisciplinare dell’Ambito Territoriale

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Eventuali provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria

A CHI RIVOLGERSI

PUA

COSTO DEL SERVIZIO

Gratuito.
È previsto un contributo in favore delle famiglie affidatarie



PREVENZIONE DELLA VIOLENZA

SERVIZIO

CENTRO ANTIVIOLENZA

(ART. 107 – REG. REG. N. 4/2007)

FINALITÀ

Il Centro Antiviolenza intende provocare un processo di cambiamento rispetto al problema della violenza fisica, psicologica, economica, sessuale esercitata sulle donne di qualsiasi provenienza, età, professione, religione. Attraverso relazioni con altre donne professionalmente competenti, il Centro sostiene la donna e i suoi figli nel percorso di uscita dalla violenza, nel recupero della propria autonomia e nella reintegrazione sociale. Vengono garantiti segretezza e anonimato.

ATTIVITÀ

L'attività del Centro Antiviolenza si sostanzia in:

- Linea telefonica;
- Colloqui individuali;
- Consulenza legale, psicologica e sociale alle donne vittime di violenza, orientandole nella scelta dei servizi sociosanitari e assistenziali territoriali, indirizzandone e favorendone il percorso di reinserimento sociale e lavorativo;
- Accoglienza temporanea nella casa rifugio per messa in protezione;
- Sostegno nella ricerca del lavoro e della casa;
- Interventi di sensibilizzazione, formazione, attività culturali, in favore della comunità sociale, rafforzando in particolare la consapevolezza degli uomini e dei ragazzi nel processo di eliminazione di tutte le forme della violenza contro le donne;
- Attività di informazione sulle fenomenologie e sulle cause della violenza, al fine di prevenire e contrastare ogni forma di discriminazione e di violenza fondata sull'identità di genere e/o sull'orientamento sessuale;
- Formazione e aggiornamento delle operatrici e degli operatori che, nei diversi ambiti di competenza, svolgono attività connesse alla prevenzione e al contrasto della violenza e al sostegno delle vittime.

DESTINATARI Donne vittime di violenza

LOCALIZZAZIONE E ORARI DI APERTURA

Manduria

c/o Ufficio di Piano
ogni sabato
dalle 9:30 alle 12:30

Lizzano

c/o Municipio
ogni giovedì
dalle 15:30 alle 18:30

COME ACCEDERE AL SERVIZIO

Per accedere al servizio
è sufficiente contattare
il numero
dell'Associazione Alzaia:

327-1833451

e-mail:
alzaiaidonne@libero.it

COSTO DEL SERVIZIO

Gratuito

PROFILI PROFESSIONALI

Psicologa, Avvocato,
Assistente Sociale, Volontarie

SERVIZI PROGRAMMATI NEL PIANO DI ZONA 2014-2016

IN FASE DI DEFINIZIONE

Reg. Reg.	Servizio	NOTE
Art.85-Reg. Reg. n. 4/2007	PIS (Pronto Intervento sociale)	
Art. 77-81/Ter-Reg. Reg. n. 4/2007	Rete di Intervento Sociale Emergenza Abitativa	
Art.102-Reg. Reg. n. 4/2007	Percorsi di Inclusione Socio-lavorativa	
Art.108-Reg. Reg. n. 4/2007	Sportello Immigrati	
Art.93-Reg. Reg. n. 4/2007	Centro ascolto per le Famiglie	
Art.92-Reg. Reg. n. 4/2007	Integrazione alunni con disabilità – èquipe	In fase di avvio
Altro	Interventi per persone con dipendenze patologiche	
Art.80-81-Reg. Reg. n. 4/2007	Maltrattamento e violenza residenziale	
Art.96-Reg. Reg. n. 4/2007	Affido e adozione costituzione èquipe	In fase di avvio
Altro	Interventi di prevenzione in materia di dipendenze patologiche	
Art.70	Casa per la vita	In fase di avvio

TERZA PARTE

Meccanismi di tutela

L'**Ambito Territoriale 7** garantisce agli Utenti ed ai loro familiari, attraverso colloqui, schede di gradimento, etc., il diritto di presentare agli operatori ed al responsabile dell'Ufficio di Piano osservazioni, suggerimenti e critiche.

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

Procedura

L'Ambito Territoriale 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, utilizzando apposito modulo allegato.

Le segnalazioni pervenute per via telefonica o mediante colloquio sono verbalizzate, a cura del Responsabile dell'Ufficio Piano su apposita scheda completa dei dati identificativi del soggetto per le comunicazioni successive.

Il Responsabile dell'Ufficio Piano 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, la risposta sarà fornita comunque entro 30 giorni.

Il Responsabile dell'Ufficio Piano istruisce e trasmette la pratica, entro 3 giorni, al referente d'area in base al disservizio segnalato.

Il Referente, 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 15 giorni senza che vi sia stato riscontro da parte del Referente, il Responsabile dell'Ufficio di Piano invia un sollecito di risposta, adottando, in caso di inerzia, procedure sostitutive nonché di natura disciplinare.

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 7, secondo le modalità seguenti:

- Inviando per posta una richiesta scritta in carta semplice;
- Mediante posta elettronica all'indirizzo: protocollo.manduria@pec.rupar.puglia.it

- Recandosi di persona presso l'Ufficio del Sindaco del Comune capofila, che ha sede in piazza Garibaldi, 21 - Manduria, 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'Ufficio di Piano deve mettere a disposizione la documentazione relativa alle prestazioni ricevute, per ogni Utente e per coloro che ne hanno legalmente diritto, entro cinque giorni dalla richiesta.

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. Tale termine può subire variazioni in presenza di motivate ragioni d'ufficio.

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

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 QUALITA'	
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.

Allegato A alla Carta dei Servizi

Area della qualità	Indicatori	Standard	Verifica
<p>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.</p>	N. ore di apertura del Segretariato Sociale per settimana	18	Monitoraggio dei servizi
	N. operatori del Segretariato Sociale/popolazione residente	8/80000	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	7/7	Analisi dei reclami Indagini di soddisfazione
	N. degli uffici e di strutture di Ambito prive di barriere architettoniche/N. totale uffici	7/7	Analisi dei reclami Indagini di soddisfazione
	N. degli uffici di Ambito e delle strutture raggiungibili con mezzi pubblici/N. totale uffici	7/7	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
	N. progetti di cura personalizzati attivati / Utenti totali	1/3	Monitoraggio dei servizi
<p>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.</p>	N. iniziative di formazione e aggiornamento professionale rivolte agli operatori dei servizi	3	Monitoraggio dei servizi
	N. operatori dei servizi che partecipano ad iniziative di formazione	11	Monitoraggio dei servizi
	N. spazi adeguati dedicati ai colloqui con l'Utenza	8	Analisi dei reclami Indagini di soddisfazione dell'Utenza
	N. segnalazioni per comportamenti degli operatori non consoni al ruolo	0	Analisi dei reclami Indagini di soddisfazione dell'Utenza

<p>Comunicazione/tutela</p> <p>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.</p>	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
	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	9	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

GLOSSARIO

<p><i>Accesso</i></p>	<p>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 devono garantire percorsi sanitari e socio-sanitari coordinati tra professionisti e servizi: ospedalieri, distrettuali e sociali.</p>
<p><i>Ambito territoriale</i></p>	<p>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 integrato 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 Socio-Sanitari.</p>
<p><i>Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)</i></p>	<p>Vedi: Cure domiciliari Integrate</p> <p>Il Nomenclatore dei Servizi Sociali definisce l'ADI come un servizio che <i>“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.”</i></p> <p>L'art. 53 dell'Accordo collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, e l'allegato H precisano che <i>“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”</i></p> <p>L' art. 51 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta prevede l'Assistenza Domiciliare Integrata.</p> <p>L'allegato E stabilisce che: 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.</p>
<p><i>Assistenza Domiciliare Socio assistenziale (SAD - ADSA)</i></p>	<p>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.</p> <p>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 cronico degenerative.</p> <p>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.</p>

<p><i>Attività socio-sanitarie</i></p>	<p>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 sociali.</p>
<p><i>Appropriatezza</i></p>	<p>Riguarda l'adeguatezza di un servizio o prestazione sanitaria a rispondere al bisogno specifico.</p> <p>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 che indicato per la persona che lo riceve.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>L'appropriatezza è una caratteristica sintetica degli interventi sanitari che integra efficacia, efficienza e opportunità.</p> <p>È un valore determinante per l'efficacia e per l'efficienza di un sistema di servizi di qualità.</p>
<p><i>Autosufficienza e "non autosufficienza"</i></p>	<p>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.</p> <p>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.).</p> <p>Quantunque una definizione univoca di "non autosufficienza" non sia al momento disponibile, ai fini degli interventi di home care 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:</p> <p>attività per la cura di sé (Activities of Daily Living – ADL), che consistono in 6 funzioni generali, relative al lavarsi, vestirsi, andare alla toilette, muoversi in casa, essere continenti, alimentarsi;</p> <p>attività strumentali (Instrumental Activities of Daily Living – IADL), 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.</p>
<p><i>Assegno di cura</i></p>	<p>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 (gare giver professionale) i congiunti che si trovano in condizioni di malattia e di non autosufficienza lieve /media / grave.</p>

<p><i>Bisogno</i></p>	<p>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.</p>
<p><i>Buono Servizio</i></p>	<p>I buoni di servizio per la conciliazione vita-lavoro sono buoni economici spendibili dalle famiglie nei servizi e nelle strutture dedicate all'infanzia, all'adolescenza e agli anziani autorizzate al funzionamento in via definitiva, che possono essere scelte in un apposito catalogo, al fine di concorrere al pagamento delle rette e quindi di sostenere la domanda di servizi qualificati che, altrimenti, sarebbero insostenibili per il costo delle rette stesse. Il riferimento specifico è agli accessi a domanda individuale, e al momento non devono essere considerati gli accessi che i Comuni dispongono direttamente (ad esempio: in alcuni casi per i centri socioeducativi per i minori per il contrasto alla devianza minorile).</p>
<p><i>Caregiver o referente</i></p>	<p>Espressione di origine anglosassone che significa letteralmente "donatore di cura"; 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.</p> <p>È in genere un familiare, ma può essere anche un assistente alla persona, un volontario (<i>caregiver non professionale</i>) o un operatore adeguatamente formato (<i>caregiver professionale</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.</p> <p>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</p>
<p><i>Case manager o Responsabile del Piano Assistenziale</i></p>	<p>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.</p>
<p><i>Cure domiciliari Integrate</i></p>	<p>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 socio-sanitario. Prevede altresì la fornitura di farmaci e del materiale sanitario di assistenza.</p> <p>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.</p> <p>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 socio-sanitaria multidimensionale del bisogno</p>

	<p>(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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, della 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.
<i>Cure Palliative</i>	<p>Anche le Cure Palliative rientrano nell'Assistenza Domiciliare Integrata di III livello (v. Cure Domiciliari Integrate). 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.</p>
<i>Assistenza o Cure domiciliari prestazionali</i>	<p>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) .</p> <p>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 valutate dall'UVM. Possono essere occasionali o cicliche programmate.</p> <p>Le Cure Prestazionali comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza Domiciliare Programmata (ADP); • Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID); • Assistenza Riabilitativa Domiciliare (ARD). <p>L'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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare); • Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore); • Impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali: <ul style="list-style-type: none"> - 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 socio-sanitaria, la continuazione delle cure mediche, infermieristiche e riabilitative.
<i>Équipe operativa</i>	E' l'Équipe che realizza il percorso a domicilio della persona assistita. L' Équipe 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.
<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>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 partecipazione 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. Reg. 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: <ul style="list-style-type: none"> – 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 socio-sanitari 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

	<p>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);</p> <p>– 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).</p>
<i>MMG</i>	Medico di Medicina Generale
<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>PLS</i>	Pediatra di Libera Scelta
<i>Porta Unica di Accesso (P.U.A.)</i>	<p>La Porta Unica di Accesso è una modalità organizzativa volta a facilitare l’accesso unificato alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali. La Porta Unica 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.</p> <p>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 socio-sanitari 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 richiesta e supporto organizzativo all’UVM.</p>
<i>Presenza in carico</i>	<p>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”.</p> <p>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”.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>

<p><i>Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)</i></p>	<p>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 socio-sanitaria 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>.</p> <p>Il PAI deve definire esplicitamente e in maniera analitica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p><i>UVM Unità di Valutazione Multidimensionale</i></p>	<p>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. Reg. n. 4/2007, dalla L.R. n.4/2010 Omnibus, dalla DGR n. 691/2011, cui si fa rinvio.</p> <p>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'équipe valutativa per l'accesso al sistema dei servizi sociali e sociosanitari di natura domiciliare, semi – residenziale e residenziale.</p> <p>Pertanto deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 p caso, ai fini della definizione del progetto socio – sanitario personalizzato e della presa in carico integrata del cittadino. <p>Attività dell'UVM sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione multidimensionale dell'autosufficienza del paziente e dei bisogni assistenziali dello stesso e del suo nucleo familiare. • Verifica della presenza di condizioni di ammissibilità ad un certo percorso di cura e assistenza. • Elaborazione del progetto socio-sanitario personalizzato, che deve essere condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto. • Verifica e aggiornamento sull'andamento del P.A.I.

<p><i>Valutazione</i></p>	<p>Analisi sistematica e scientifica dei dati collegati allo stato di malattia e di bisogno socio-sanitario della persona, all'attuazione del PAI, al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza del programma stesso. Con la valutazione si verificano i benefici raggiunti, rispetto alle risorse impiegate e agli obiettivi preposti, nonché l'adeguatezza delle strategie attuate per il raggiungimento degli stessi risultati. Può fare riferimento a standards, scale qualitative e oggettive ed impiega tecniche e strumenti vari.</p>
<p><i>Valutazione dei risultati</i></p>	<p>È la verifica attuata alla fine del PAI e serve per definire i reali effetti prodotti sull'Utente. Tale verifica confronta la situazione iniziale della persona con quella finale e con gli obiettivi posti.</p>
<p><i>Valutazione Multidimensionale</i></p>	<p>Processo di tipo dinamico e interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di salute di un soggetto e a caratterizzare le sue risorse e potenzialità. Questo approccio valutativo/diagnostico esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la situazione socio-relazionale-ambientale.</p>



All'AMBITO TERRITORIALE 7 - Ufficio di Piano
Via Pacelli n.3
74024 Manduria (TA)

Per il tramite della
P.U.A. (Porta Unica di Accesso)

OGGETTO: **Domanda unica di accesso ai Servizi Socio-Sanitari Integrati.**

Il/La sottoscritto/a

Cognome Nome

Nato/a a Prov. il

Residente a Prov.

Indirizzo CAP

C.F./

In qualità di genitore/tutore/parente

Cognome Nome

Nato/a a Prov. il

Residente a Prov.

Indirizzo CAP

Tel. e-mail

C.F.

Affetto da _____

CHIEDE

di poter accedere ad una delle prestazioni di Servizi Socio-Sanitari Integrati di seguito indicati:

Domiciliare

- Assistenza Domiciliare Integrata (art. 88 Reg. Reg. N.4/2007)
- Servizio Assistenza Domiciliare (art. 87 Reg. Reg. N.4/2007)

Residenziale

- Residenza Sociosanitaria assistenziale (RSSA) (art. 66 Reg. Reg. N.4/2007)
- Residenza Sociale Assistenziale per Anziani (RSA) (art. 67 Reg. Reg. N.4/2007)
- Casa per la vita (art. 70 Reg. Reg. N.4/2007)

Semiresidenziale

- Centro Diurno Socio-Educativo e Riabilitativo (art. 60 Reg. Reg. N.4/2007)
- Centro Sociale polivalente per diversamente abili (art. 105 Reg. Reg. N.4/2007)
- Centro Socio-Educativo Diurno (art. 52 Reg. Reg. N.4/2007)

Specificare la struttura _____

A tal fine dichiara che la persona beneficiaria del servizio risulta essere:

- Invalida civile al _____ %;
- Titolare di **pensione sociale**;
- Privo di alcun reddito personale;
- Altro(*specificare*) _____
- In grado di fare fronte al pagamento della quota fissata pari al _____ % della diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare in modo diretto o tramite i familiari tenuti all'obbligo degli alimenti;
- Non in grado di fare fronte al pagamento della quota fissata pari al _____ % della diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare in modo diretto o tramite i familiari tenuti all'obbligo degli alimenti;

Allega la seguente documentazione

- Eventuale piano terapeutico, farmacologico e riabilitativo in atto;
- Copia di verbale riconoscimento disabilità ai sensi della L.104/92;
- Copia istanza di riconoscimento disabilità ai sensi della L.104/92;
- Attestazione ISEE in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma

INFORMATIVA

(Informativa a norma dell'art.13 del D.L.vo n. 196/2003 per la protezione dei dati personali)

Si informa che, il trattamento, la raccolta ed il trattamento dei dati personali è finalizzata unicamente alla eventuale concessione di detto contributo. Pertanto, il conferimento dei dati è assolutamente necessario per l'erogazione del contributo di che trattasi e la loro mancata indicazione determinerebbe l'impossibilità a proseguire la procedura e l'inevitabile archiviazione dell'istanza.

Il trattamento dei dati personali avverrà presso l'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale 7, titolare del trattamento, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per proseguire le predette finalità. I dati potranno essere comunicati al Responsabile del procedimento. Detti dati dovranno essere comunicati alla Regione Puglia e potranno essere conosciuti dai Responsabili incaricati dell'Ente e da quanti coinvolti nel procedimento in argomento.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 D.L.vo n. 196/2003 ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione, se incompleti, errati o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le richiesta all' AMBITO TERRITORIALE 7 Ufficio di Piano, Via Pacelli n.3 – 74024 Manduria (TA).

Firma



OGGETTO: SEGNALAZIONE/RECLAMO

Il/La sottoscritto/a

Cognome Nome

Nato/a a Prov. il

Residente a Prov.

Indirizzo CAP

Tel. e-mail

C.F.

Servizio per cui si è riscontrata l'irregolarità

(si faccia riferimento alla denominazione riportata nella Carta dei Servizi Sociali)

Giorno ____ / ____ / ____ - Ora: ____: ____

Motivo della segnalazione

(fornire il maggior numero di elementi utili per la valutazione dell'irregolarità)

Data _____

Firma leggibile

Sezione di competenza del segretariato sociale da riconsegnare all'utenza

Ricevuto il ____ / ____ / ____ da (firma) _____

Funzionario responsabile dell'indagine _____

All'utente spetta una risposta entro e non oltre trenta giorni dalla data di presentazione del reclamo.



Ufficio di Piano
Via Pacelli, 3 – Manduria (TA)
Tel. 099 97 95 908

web:
www.ambito7manduria.it

email:
ambitomanduria@gmail.com

pec:
ufficiodipiano.comune.manduria@pec.rupar.puglia.it

 Ambito 7 Manduria