

# AMBITO TERRITORIALE 7



## DELIBERAZIONE DEL COORDINAMENTO ISTITUZIONALE

N. 21 del 25/05/2016

**Oggetto:** Approvazione Carta dei Servizi dell'Ambito Territoriale 7

L'anno duemilasedici il giorno 25 del mese di maggio alle ore 16.30, presso il Comune di Manduria, nei locali dell'Ufficio di Piano, siti in via Pacelli n. 3, si è riunito il Coordinamento Istituzionale dell'Ambito Territoriale TA/7, in seduta urgente, giusta convocazione n. 16463 del 18/05/2016 e rinvio n. 16818 del 23/05/2016 e risultano presenti:

N.	Ente	QUALIFICA	NOME E COGNOME	P	A
1.	Comune di Manduria	Presidente	Roberto Puglia	X	
2.	Comune di Avetrana	Componente	Antonio Minò – Assessore	X	
3.	Comune di Fragagnano	Componente	*****		X
4.	Comune di Lizzano	Componente	Dario Macripò – Sindaco	X	
5.	Comune di Maruggio	Componente	*****		X
6.	Comune di Sava	Componente	Dario Iaia – Sindaco	X	
7.	Comune di Torricella	Componente	Angelo Santo Caputo – Assessore	X	
8.	ASL TA	Componente	Dott. Giuseppe Pirinu – Direttore Distretto Socio-Sanitario 7	X	
9.	ASL TA	Componente	Dott.ssa Filomena Summa – Coord. Socio-Sanitaria Distretto 7	X	
<b>Totali</b>				<b>7</b>	<b>2</b>

Pareri ai sensi dell'Art.49 - D.Lgs. 18/08/2000, N° 267

Parere **favorevole** in ordine alla regolarità tecnica.

Addì, 25/05/2016

Il Dirigente  
Dr. Aldo Marino

Parere **favorevole** in ordine alla regolarità contabile.

Addì, 25/05/2016

Il Dirigente  
Dr. Aldo Marino

Copertura Finanziaria Art. 151 comma 4.D.Lgs. 18/09/2000., N° 267

Prenotazione \_\_\_\_\_ Impegno definitivo \_\_\_\_\_

Il Responsabile della Ragioneria

Addì, \_\_\_\_\_

Assiste alla seduta il dott. Raffaele Salamino, Istruttore Direttivo Amministrativo, che provvede alla redazione e sottoscrizione del presente atto, come previsto all'art. 9 del Regolamento di funzionamento del Coordinamento Istituzionale.

Presiede il Rag. Roberto Puglia, Consigliere Comunale di Manduria, Comune Capofila, delegato alla Presidenza del Coordinamento Istituzionale.

Il Presidente, constatata la legalità dell'adunanza, sottopone al Coordinamento Istituzionale la trattazione dell'argomento sopra indicato.

## IL COORDINAMENTO ISTITUZIONALE

**Premesso** che:

- la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27/01/1994 ha previsto le più ampie e dettagliate forme di informazione per la conoscenza da parte del cittadino dell'attività pubblica ed in particolare l'informazione su tutte le opportunità a suo vantaggio messe a disposizione dalla Pubblica Amministrazione;
- la Legge n. 59/1997 recante "Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa, all'art. 17, co. B) dispone di favorire l'adozione di carte dei servizi e di altri strumenti per la tutela dei diritti dell'utente e per la sua partecipazione, anche in forme associate, alla definizione delle carte dei servizi ed alla valutazione dei risultati;
- che la suddetta normativa viene recepita dall'art. 58 della Legge Regionale n. 19/2006 e dall'art. 7 del Regolamento Regionale n. 4/2007;
- che l'art. 13 della L. n. 328/2000 individua nella carta dei servizi sociali lo strumento che definisce "i criteri per l'accesso ai servizi, le modalità del relativo funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, nonché le procedure per assicurare la tutela degli utenti;

**Considerato** che la Carta dei Servizi, nelle sue finalità generali:

- Informa il cittadino sulla rete di opportunità a sua disposizione, illustrando singolarmente, in maniera semplice e dettagliata, tutti i servizi sociali e socio-sanitari attivi sul territorio, i destinatari e le modalità per usufruirne;
- Rende consapevoli i cittadini dei loro diritti, esplicitando, per ogni servizio, i parametri di qualità che sono garantiti: celerità delle procedure, locali privi di barriere architettoniche, professionalità e competenza degli operatori;
- Stimola i cittadini alla partecipazione, ovvero al coinvolgimento concreto nei processi di progettazione e valutazione delle prestazioni, incentivandoli ad esprimere (attraverso le apposite schede di rilevazione) suggerimenti ed eventuali reclami inerenti i servizi di cui ha fruito;

**Atteso**

- Che l'Ufficio di Piano ha elaborato una bozza di Carta dei Servizi, qui allegata per farne parte integrante e sostanziale, che ha per obiettivo il raggiungimento delle suddette finalità;
- che il documento è stato concertato in un tavolo tecnico al quale hanno partecipato, unitamente a funzionari dell'Ufficio di Piano, il Distretto Socio-Sanitario 7 ASL TA, le Organizzazioni Sindacali del territorio e provinciali ai tavoli riuniti con cadenza settimanale a far data 11/02/2016 e fino al 12/05/2016 come da verbale finale che si allega al presente provvedimento;
- che sono stati recepiti i suggerimenti integrativi emersi in sede di concertazione, quali l'inserimento di una scheda esplicativa di acronimi, sigle e abbreviazioni utilizzati per una più chiara fruizione del documento, nonché l'aggiunta delle sigle sindacali partecipanti ai tavoli di concertazione;

**Rilevata** l'opportunità e la necessità di dare la più ampia diffusione sul territorio interessato di detta Carta dei Servizi, come previsto nella scheda di dettaglio relativa n. 7 del vigente Piano Sociale d Zona "Rete di accesso – Segretariato", approvandone il documento elaborato e procedendo ad un'opportuna impaginazione grafica e stampa in circa 5.000 copie al fine di assicurare un'omogenea distribuzione sul territorio;

**Udita** la proposta del Presidente del Coordinamento Istituzionale;

**Uditi** gli interventi dei presenti;

**Acquisito** il parere favorevole inserito in preambolo del Dirigente dei Servizi Sociali e del Settore Economico-Finanziario in merito alla regolarità tecnica e contabile della proposta;

**Visti:**

- la Legge n. 241/1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- il D.P.C.M. del 27/01/1994 "Principi sulla erogazione dei servizi pubblici";
- la Legge n. 273/1995 "Misure per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni;
- il D.P.C.M. del 21/12/1995 "Schema generale di riferimento per la predisposizione della Carta dei Servizi del settore previdenziale ed assistenziale";
- La Legge n. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- il D. Lgs. 267/2000 "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali";
- la L.R. 19/2006 "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia"
- Il R.R. 4/2007 "Regolamento Regionale attuativo della legge regionale 10 luglio 2006, n. 19"

Con la seguente votazione espressa nelle forme di rito:

• Presenti:	7
• Aventi diritto di voto:	5
• Favorevoli:	5
• Contrari:	*****
• Astenuti:	*****

**DELIBERA**

**Per i motivi in premessa specificati e qui integralmente riportati ed approvati:**

1. **Di approvare** la Carta dei Servizi elaborata dall'Ufficio di Piano e concertata in un tavolo tecnico al quale hanno partecipato, unitamente a funzionari del predetto Ufficio, il Distretto Socio-Sanitario 7 ASL TA, le Organizzazioni Sindacali del territorio e provinciali, quale strumento finalizzato alla più ampia diffusione sul territorio della presenza dei servizi dell'Ambito Territoriale e delle loro modalità di accesso;
2. **Di demandare** al Responsabile dell'Ufficio di Piano tutti gli atti consequenziali per un'opportuna ed adeguata distribuzione territoriale dello strumento, curando la pubblicazione del presente atto sul sito istituzionale dell'Ambito Territoriale nonché all'albo pretorio del Comune di Manduria, Ente Capofila;
3. **Di prendere atto** che la copertura finanziaria per le spese di impaginazione grafica, stampa di manifesti e circa 5.000 copie trova disponibilità negli stanziamenti programmati con il Piano Sociale di Zona, afferenti alla scheda di dettaglio n. 7 "Rete di accesso – Segretariato".
4. **Di dichiarare**, con separata e successiva votazione unanime, il presente deliberato immediatamente esecutivo.

Letto, confermato e sottoscritto

Il Segretario Verbalizzante  
Dott. Raffaele Salamino  
*Raffaele Salamino*



Il Presidente  
Rag. Roberto Puglia  
*Roberto Puglia*

---

Il presente atto è stato affisso oggi \_\_\_\_\_ all'Albo Pretorio Comunale e vi rimarrà pubblicato per quindici giorni consecutivi.

Manduria, \_\_\_\_\_

**Il Segretario Generale**

---

---

#### ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio Comunale per quindici giorni consecutivi dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (art. 124, comma 1, D. Lgs. 267/2000) senza opposizioni.

Manduria, \_\_\_\_\_

**Il Segretario Generale**

---

# AMBITO TERRITORIALE 7



# CARTA DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI

## Sommario

Premessa .....	4
PRIMA PARTE.....	5
Presentazione .....	5
Che cos'è.....	5
Principi ispiratori.....	5
Comunicazione e trasparenza .....	5
Uguaglianza .....	6
Equità.....	6
Continuità .....	6
Efficienza ed efficacia .....	6
Verifica della qualità .....	6
Integrazione dei servizi.....	6
Personalizzazione .....	6
Partecipazione .....	6
Il Territorio e la popolazione dell'Ambito.....	6
Piano Sociale di Zona .....	7
Il Coordinamento Istituzionale .....	7
L'Ufficio di Piano .....	7
SECONDA PARTE.....	8
SEZIONE I – WELFARE D'ACCESSO .....	8
<b>PUA ( Porta Unica di Accesso)</b> .....	8
SEZIONE II – MINORI.....	9
Asili Nido e altri servizi Socio-educativi per la prima infanzia (Art. 53 - R.R.4/2007) .....	9
A.D.E.( Assistenza domiciliare Educativa) Art. 87 BIS del R.R.n.4/07 .....	10
Buoni di Servizio Infanzia.....	11
Centro Socio-Educativo Diurno per minori – art. 52 R.R. 4/2007 .....	12
SEZIONE III – DISABILI .....	14
Centro Diurno Socio educativo e riabilitativo Art. 60 r.r. n. 4/07 .....	14
Centro sociale polivalente per diversamente abili (art. 105 R. R. 4/2007) .....	15
ADI ( Assistenza Domiciliare Integrata) Art. 88 R.R.n.4/07 AREA NON AUTOSUFFICIENZA.....	16
SAD (Servizio Assistenza Domiciliare) Art.n. 87 R.R.4/07.....	17
Contributi per l'eliminazione delle Barriere Architettoniche in edifici privati .....	18
Pro.V.I. (Progetto di Vita Indipendente).....	20
Trasporto Assistito Disabili.....	21

Integrazione Scolastica Art.92 del R.R.n.4/07 (da rivedere dopo regolamento ) .....	22
Buoni Servizio Disabili eAnziani.....	23
SEZIONE IV – RESPONSABILITA’ FAMILIARI .....	24
Affidamento Familiare (Art. 96 R.R.n.4/07 .....	24
SEZIONE V – PREVENZIONE DELLA VIOLENZA .....	25
Centro Antiviolenza – art. 107 R. R. n. 4/2007 .....	25
TERZA PARTE .....	27
Meccanismi di tutela .....	27
Procedura .....	27
Sistema di valutazione della Qualità .....	28
Allegato A alla Carta dei Servizi .....	29
GLOSSARIO .....	31

BOLLA

## 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 7 Comuni dell'Ambito territoriale TA/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 TA/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 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/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 e 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 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”, 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;

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, delle OO.SS. confederali e relative categorie e del terzo settore.

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

### Comunicazione e trasparenza

- I cittadini, di fronte ad un bisogno o un 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 si impegna ad effettuare sondaggi e rilevazioni per conoscere come gli utenti giudicano i servizi.

Le rilevazioni periodiche riguarderanno gli aspetti organizzativi, sociali, 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, 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 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.

### **Il Territorio e la popolazione dell'Ambito**

Il Territorio dell'Ambito, esteso su una superficie pari a 439 Km<sup>2</sup>, 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, 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 7 è un documento di pianificazione triennale dei servizi sociali e socio-sanitari e nasce dall'accordo tra i 7 Comuni facenti parte dell'Ambito e il Distretto Socio-Sanitario dell'ASL TA nonché dalla concertazione tra l'Ambito e forze sociali che rappresentano i cittadini (OO.SS. 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 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.

## 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 sociosanitaria, alle attività dell'Ufficio di Piano partecipa, in rappresentanza del Distretto ASL TA, 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.

## SECONDA PARTE

### SEZIONE I – WELFARE D'ACCESSO

<b>SERVIZIO:</b>	<b>PUA ( Porta Unica di Accesso)</b>
<b>Finalità</b>	È un servizio a cui si possono rivolgere i cittadini per avere un primo orientamento sui servizi sociali dell'Ambito, teso a favorire l'accesso agli stessi.
<b>Attività</b>	<b>FRONT-OFFICE attraverso:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Attività di informazione, orientamento e consulenza;</li><li>• Attività di accompagnamento e supporto nella compilazione di specifica domanda di accesso ai servizi;</li></ul> <b>BACK-OFFICE attraverso :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoraggio della domanda e dell'offerta;</li><li>• Analisi del bisogno;</li><li>• Monitoraggio delle risorse presenti sul territorio;</li><li>• Controllo della qualità del servizio erogato (somministrazione di questionari);</li></ul>
<b>Destinatari</b>	Cittadini residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale
<b>Costo del servizio</b>	Gratuito
<b>Localizzazione e orari di apertura:</b>	Ufficio PUA Via _____ Tel _____; Orari di Apertura: dalle ore 9,00 alle ore 12,00 Giorni _____tranne il martedì mattina e il Martedì pomeriggio dalle ore 15,00 alle ore 18,00 Ufficio di Piano – Via Pacelli, 3 - Manduria – Tel. 099/9795908; Orari di Apertura: Lun – Ven. dalle ore 10.00 alle ore 12.00 Mar – Gio. dalle ore:16.00 alle ore 18,00 e-mail: <a href="mailto:pdzmanduria@libero.it">pdzmanduria@libero.it</a> pec: <a href="mailto:ufficiodipiano.comune.manduria@pec.rupar.puglia.it">ufficiodipiano.comune.manduria@pec.rupar.puglia.it</a>
<b>Profili Professionali</b>	Assistenti Sociali – Amministrativi

## SEZIONE II – MINORI

<b>SERVIZIO:</b>	<b>Asili Nido e altri servizi Socio-educativi per la prima infanzia (Art. 53 - R.R.4/2007)</b>
<b>Finalità</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sostenere la rete dei servizi per la prima infanzia e la conciliazione dei tempi vita-lavoro;</li><li>• Consolidare/ampliare la rete dei servizi socio-educativi per la prima infanzia;</li><li>• Sostenere le famiglie con l'erogazione di buoni servizio socio-educativi della prima infanzia.</li></ul>
<b>Attività</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• attività educative;</li><li>• attività ludico-espressive;</li><li>• attività laboratoriali e di prima alfabetizzazione</li></ul>
<b>Destinatari</b>	minori 0-36 mesi
<b>Localizzazione e orari di apertura:</b>	Comune di Avetrana: Asilo Nido Comune di Maruggio: Sezione Primavera Comune di Sava: Asilo Nido – Sezione Primavera <b>Aggiungere orari di apertura</b>
<b>Costo del servizio</b>	Compartecipazione da parte dell'utenza in base alle fasce ISEE
<b>A chi rivolgersi</b>	PUA presso i Comuni
<b>Documentazione richiesta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Domanda di accesso al servizio</li><li>• Attestazione ISEE</li><li>• Eventuale documentazione sanitaria</li></ul>
<b>Profili Professionali</b>	Coordinatori Educatori

<b>SERVIZIO:</b>	<b>A.D.E.( Assistenza domiciliare Educativa) Art. 87 BIS del R.R.n.4/07</b>
<b>Finalità</b>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il miglioramento delle relazioni all'interno del nucleo familiare;</li> <li>• La promozione di un processo di cambiamento e autonomia della famiglia;</li> <li>• L'integrazione e la socializzazione dei bambini nel proprio ambiente di vita, attraverso le strutture educative presenti sul territorio;</li> <li>• Il raggiungimento di un positivo inserimento nell'ambiente scolastico anche mediante un aiuto nello svolgimento dei compiti;</li> <li>• Il sostegno alla funzione educativa genitoriale.</li> </ul>
<b>Attività</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• interventi educativi rivolti al minore;</li> <li>• interventi di sostegno alla famiglia;</li> <li>• interventi di promozione dell'autonomia dei genitori.</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuclei familiari con minori</li> </ul>
<b>Costo del Servizio</b>	Gratuito
<b>Localizzazione del servizio</b>	Presso il domicilio
<b>A chi rivolgersi</b>	PUA dei Comuni
<b>Documentazione richiesta</b>	*****
<b>Profili professionali impegnati</b>	Educatori professionali , OSS.

<b>SERVIZIO:</b>	<b>Buoni di Servizio Infanzia</b>
<b>Finalità</b>	<p>I Buoni servizio infanzia sono misure di sostegno al reddito che hanno la finalità di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• promuovere e garantire il benessere e lo sviluppo dei bambini</li> <li>• sostenere il ruolo educativo dei genitori</li> <li>• conciliare i tempi di lavoro e di cura</li> <li>• ampliare la rete dei servizi socio-educativi per l'infanzia e l'adolescenza.</li> </ul>
<b>Attività</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attività educative;</li> <li>• attività ludico-espressive;</li> <li>• attività laboratoriali e di prima alfabetizzazione</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minori 0-17 anni</li> <li>• Nuclei familiari con minori</li> </ul>
<b>Costo del Servizio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartecipazione da parte dell'utenza in base alle fasce ISEE</li> <li>• Franchigia di € 50,00</li> </ul>
<b>Localizzazione e orari di aperture</b>	Presso le strutture iscritte al Catalogo Regionale dell'offerta
<b>A chi rivolgersi</b>	<p>PUA Strutture iscritte al catalogo Regionale dell'Offerta</p>
<b>Documentazione richiesta</b>	<p>Documento di identità Codice fiscale ISEE</p>
<b>Profili professionali impegnati</b>	Come da Regolamento Regionale disciplinante le strutture/I Servizi

<b>SERVIZIO</b>	<b>Centro Socio-Educativo Diurno per minori – art. 52 R.R. 4/2007</b>
<b>Finalità</b>	<p>Il Centro Socio-Educativo Diurno rivolge la propria attività alla totalità dei minori residenti nel territorio di riferimento, mirando in particolare al recupero dei minori con problemi di socializzazione o esposti a rischio di emarginazione e di devianza e all'integrazione sociale e culturale degli stessi.</p> <p>Finalità sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorire processi di preparazione e formazione delle nuove generazioni a compiti civilmente e socialmente utili attraverso l'ascolto, l'orientamento e la socializzazione;</li> <li>• Prevenire ed eventualmente ridurre il ricorso dei minori ad attività illegali, (spaccio ed uso di droga, delinquenza, scippi, rapine);</li> <li>• Garantire il coinvolgimento dei minori in <i>attività didattiche</i> (assolvimento dei doveri scolastici, corsi di informatica), <i>ludico – ricreative</i> (laboratori artigianali – manipolativi/espressivi) e <i>sportive</i> (partecipazione a gare e tornei sportivi);</li> <li>• Garantire il coinvolgimento dei genitori in attività formative e di integrazione sociale;</li> <li>• Sviluppare il progetto educativo individuale utile a recuperare e a favorire lo sviluppo armonico e sereno del minore, contrastando il fenomeno della dispersione scolastica;</li> <li>• Proporre spazi di armonica convivenza per ridurre i tratti dell'aggressività e le conflittualità;</li> <li>• Promuovere la cultura della convivenza tra etnie diverse;</li> <li>• Supportare le istituzioni locali nel loro ruolo di tutela del minore;</li> <li>• Rilevare le opportunità educative e di socializzazione offerte dal contesto di vita del minore e dalla rete di sostegno;</li> <li>• Sviluppo delle potenzialità personali, dell'autostima e del sé;</li> </ul>
<b>Attività</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attività formative</li> <li>• Attività di assistenza ed aiuto nell'assolvimento dei doveri scolastici:</li> <li>• Attività sportive</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	Minori dai 6 ai 18 anni
<b>Come accedere al servizio</b>	PUA
<b>Costo del servizio</b>	Compartecipazione dell'Utenza in relazione alle fasce ISEE; Gratuito in caso di inserimento disposto dall'Autorità Giudiziaria

<b>Localizzazione e orari di apertura</b>	<b>Richiedere informazioni</b>
<b>Documentazione richiesta</b>	Domanda; Attestazione ISEE Eventuale provvedimento dell'A.G.
<b>Profili professionali impegnati</b>	Come da regolamento

BOZZA

### SEZIONE III – DISABILI

<b>STRUTTURA</b>	<b>Centro Diurno Socio educativo e riabilitivo Art. 60 r.r. n. 4/07</b>
<b>Finalità</b>	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.
<b>Attività</b>	Il centro deve, in ogni caso, organizzare: <ul style="list-style-type: none"><li>• attività educative indirizzate all'autonomia;</li><li>• attività di socializzazione ed animazione;</li><li>• attività espressive, psico-motorie e ludiche;</li><li>• attività culturali e di formazione;</li><li>• prestazioni sociosanitarie e riabilitative eventualmente richieste per utenti con disabilità psico-sensoriali ovvero con patologie psichiatriche stabilizzate.</li></ul>
<b>Destinatari</b>	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 sociosanitario. 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.
<b>Localizzazione e Orari di Apertura</b>	
<b>Come accedere al servizio</b>	Per accedere al servizio è necessario 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 alla UVM che provvederà alla valutazione.
<b>Costo del servizio</b>	Compartecipazione dell'Utenza in relazione alle fasce ISEE
<b>documenti necessari</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Modello di Domanda</li><li>• Attestazione ISEE</li><li>• S.VA.M.Di. (compilata da MMG/PLS e Assistente Sociale Comunale)</li></ul>
<b>Profili professionali</b>	Coordinatore, Educatore professionale, OSS

SERVIZIO	<b>Centro sociale polivalente per diversamente abili (art. 105 R. R. 4/2007)</b>
Finalità	<p>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.</p> <p>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.</p>
Attività	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attività educative indirizzate all'autonomia;</li> <li>• attività di socializzazione e animazione</li> <li>• attività espressive, psico-motorie e ludiche;</li> <li>• attività culturali e di formazione;</li> <li>• prestazioni a carattere assistenziale;</li> <li>• attività di laboratorio ludico-espressivo e artistico;</li> <li>• organizzazione di vacanze invernali ed estive;</li> <li>• somministrazione dei pasti (ove previsto);</li> <li>• servizio trasporto (ove previsto).</li> </ul>
Destinatari	Diversamente abili con bassa compromissione delle autonomie funzionali
Come accedere al servizio	Rivolgersi alla PUA
Costo del Servizio	A compartecipazione in relazione alle fasce ISEE
Localizzazione e orari di apertura	
Documentazione richiesta	Modulo di domanda; Attestazione ISEE; Certificazione sanitaria
Profili professionali impegnati	Come da regolamento

<b>SERVIZIO</b>	<b>ADI ( Assistenza Domiciliare Integrata) Art. 88 R.R.n.4/07 AREA NON AUTOSUFFICIENZA</b>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trattamento infermieristico</li> <li>• Trattamento fisioterapico</li> <li>• Visite specialistiche a domicilio</li> <li>• Accessi programmati del Medico di Medicina Generale/PLS</li> <li>• Visite mediche specialistiche a domicilio</li> <li>• Assistenza all'igiene personale e degli ambienti</li> </ul>
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.
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
Localizzazione e orari di apertura	
Documentazione richiesta	Domanda Attestazione ISEE Socio Sanitario Eventuale certificazione sanitaria
Profili professionali impegnati	Responsabile/Coordinatore del servizio, figure professionali in relazione alle specifiche prestazioni/attività individuate nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)

SERVIZIO	<b>SAD (Servizio Assistenza Domiciliare) Art.n. 87 R.R.4/07</b>
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	Il Servizio consiste in : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attività di compagnia;</li> <li>• Disbrigo di piccole pratiche;</li> <li>• Preparazione e somministrazione dei pasti;</li> <li>• Governo della casa;</li> <li>• Sostegno della mobilità personale;</li> <li>• Assistenza nelle attività di igiene personale.</li> </ul>
Destinatari	Minori e famiglie; Diversamente abili; Anziani
Come accedere al servizio	PUA
Costo del Servizio	A compartecipazione a seconda delle fasce ISEE
Localizzazione e orari di apertura	
Documentazione richiesta	Modulo di domanda; Attestazione ISEE Ordinario
Profili professionali impegnati	Responsabile/Coordinatore del servizio, Operatore Generico; Operatore Socio Sanitario (OSS)

<b><u>Prestazione</u></b>	<b>Contributi per l'eliminazione delle Barriere Architettoniche in edifici privati</b>
<b>Finalità</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<b>Tipologia di intervento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>3) Sono finanziabili gli interventi che sono strettamente connessi al tipo di disabilità comprovata da apposita certificazione medica.</li> <li>4) Le tipologie di opere ammissibili sono : <ol style="list-style-type: none"> <li>a) opere edilizie direttamente finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche, fisiche e percettive;</li> <li>b) acquisto ed installazione di attrezzature direttamente finalizzate alla eliminazione delle barriere quali: <ol style="list-style-type: none"> <li>i) mezzi idonei a garantire il superamento dei dislivelli da parte delle persone con problemi di mobilità;</li> <li>ii) strumenti idonei a favorire la sicurezza d'uso e la fruibilità degli spazi da parte delle persone disabili;</li> <li>iii) dispositivi idonei a favorire l'orientamento e la mobilità negli ambienti;</li> <li>iv) dispositivi impiantistici idonei a favorire l'autonomia domestica della persona con disabilità.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>5) Non sono finanziabili: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) le migliorie per gli adeguamenti a norma;</li> <li>b) le richieste di ampliamento che comportano aumento di volumetria;</li> <li>c) gli interventi di manutenzione;</li> <li>d) i mezzi e le attrezzature erogabili dall'Asl o coperte da altri finanziamenti pubblici.</li> <li>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.</li> </ol> </li> </ol>
<b>Destinatari</b>	Disabili residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale

<b>Come accedere alla prestazione</b>	Rivolgersi presso PUA
<b>Documentazione richiesta</b>	Modulo di domanda; Attestazione ISEE; Preventivo di spesa; Verbale di riconoscimento dell'invalidità; Certificato del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta

BOLZA

<b>PROGETTO:</b>	<b>Pro.V.I. (Progetto di Vita Indipendente)</b>
<b>Finalità</b>	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
<b>Interventi attivabili</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Obiettivi specifici di vita indipendente (che devono essere strettamente connessi al completamento di percorsi di studi finalizzati al conseguimento di titoli di studio/qualifiche professionali, universitarie, post diploma, post laurea, di durata almeno semestrale, oppure relativi all'attivazione di percorsi di inserimento lavorativo per persone non occupate);</li> <li>b) Ausilio di un assistente personale (assunto con regolare contratto di lavoro di assistente alla persona non autosufficiente e che non risulti avere rapporto di parentela entro il 2° con il potenziale beneficiario;</li> <li>c) Utilizzo di ausili informatici e di domotica (deve risultare Chiara l'autonomia perseguibile dal disabile attraverso l'utilizzo degli ausili informatici a support della connettività sociale e/o delle soluzioni tecnologiche di domotica destinate a rendere intelligente e cooperative l'ambiente domestic in quanto capaci di fornire maggiore sicurezza, semplicità e benessere nello svolgimento delle attività quotidiane).</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	Persone con disabilità motorie gravi ovvero affette da gravi patologie neurodegenerative che abbiano già prodotto permanenti limitazioni alla capacità autonoma di movimento
<b>Come accedere al servizio</b>	Tramite istanza compilabile on-line all'indirizzo: <a href="http://www.sistema.puglia.it/portal/page/portal/SolidarietaSociale/PROVI">http://www.sistema.puglia.it/portal/page/portal/SolidarietaSociale/PROVI</a>
<b>Documentazione richiesta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documento di riconoscimento</li> <li>Codice Fiscale</li> <li>Attestazione ISEE</li> <li>Certificazione invalidità</li> </ul>

<b>SERVIZIO:</b>	<b>Trasporto Assistito Disabili</b>
<b>Finalità</b>	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.
<b>Attività</b>	Accompagnamento e prelievo da e per le proprie abitazioni per poter usufruire delle strutture riabilitative.
<b>Destinatari</b>	Disabili in possesso della situazione di gravità riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 1 e 3, della Legge n. 10/92;
<b>Costo del Servizio</b>	A Compartecipazione dell'utenza
<b>Come accedere al servizio</b>	Istanza da presentare alla PUA che provvede a trasmetterla all'U.T.R. per la relativa autorizzazione.
<b>Ente gestore</b>	Affidamento a terzi.

<b>SERVIZIO:</b>	<b>Integrazione Scolastica Art.92 delR.R.n.4/07 (da rivedere dopo regolamento )</b>
<b>Finalità</b>	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 contest socializzante e socio-educativo extrascolastico.
<b>Attività</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostegno socio-educativo;</li> <li>• Attività didattiche di sostegno con personale specializzato;</li> <li>• Sostegno psico-socioeducativo in ambiente scolastico per l'integrazione del soggetto diversabile con il gruppo classe.</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	Minori con disabilità residenti nell'Ambito Territoriale TA/7
<b>Costo del Servizio</b>	Gratuito
<b>Come accedere al servizio</b>	L'accesso al servizio avviene in seguito alla valutazione del caso da parte del responsabile UTR del Distretto Socio Sanitario ASL TA/7.
<b>Rivolgersi a</b>	PUA; Dirigente scolastico;
<b>Documentazione richiesta</b>	Domanda Diagnosi funzionale (da redigersi a cura dell'UTR)
<b>Profili professionali impegnati</b>	Educatori professionali

<b>SERVIZIO:</b>	<b>Buoni Servizio Disabili e Anziani</b>
<b>Finalità</b>	L'erogazione dei buoni servizio si pone l'obiettivo generale di favorire l'accesso ad una rete estesa, qualificata e differenziata di strutture/servizi socio-assistenziali, socioeducativi e socioriabilitativi per persone con diverse abilità e ultra65enni in condizione di non autosufficienza.
<b>Attività</b>	Attività socioeducative e riabilitative Attività di cure domiciliari; Attività di socializzazione e animazione; Attività laboratoriali ludico-espressivo ed artistico;
<b>Destinatari</b>	Anziani non autosufficienti Disabili
<b>Costo del Servizio</b>	Compartecipazione dell'utenza in relazione alle fasce ISEE; Franchigia di € 50,00
<b>Come accedere al servizio</b>	Mediante compilazione della domanda su piattaforma informatica Regione Puglia al seguente indirizzo: <a href="http://www.sistema.puglia.it/portal/page/portal/SolidarietaSociale/CATALOGO">http://www.sistema.puglia.it/portal/page/portal/SolidarietaSociale/CATALOGO</a>
<b>A chi rivolgersi</b>	PUA Strutture iscritte al catalogo regionale
<b>Documentazione richiesta</b>	Documento di riconoscimento Attestazione ISEE Certificazione invalidità

#### SEZIONE IV – RESPONSABILITA' FAMILIARI

<b>SERVIZIO:</b>	<b>Affidamento Familiare (Art. 96 R.R.n.4/07)</b>
<b>Finalità</b>	L'affidamento familiare è un servizio attraverso il quale un minore, che per difficoltà temporane 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.
<b>Attività</b>	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;
<b>Destinatari</b>	Minori che risiedono nei Comuni dell'Ambito Territoriale
<b>Costo del Servizio</b>	Gratuito. È previsto un contributo in favore delle famiglie affidatarie
<b>Come accedere al servizio</b>	Valutazione dell'Equipe multidisciplinare dell'Ambito Territoriale
<b>A chi rivolgersi</b>	PUA
<b>Documentazione richiesta</b>	Eventuali provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria

## SEZIONE V – PREVENZIONE DELLA VIOLENZA

<b>SERVIZIO:</b>	<b>Centro Antiviolenza – art. 107 R. R. n. 4/2007</b>
<b>Finalità</b>	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 <b>donne</b> professionalmente competenti , il centro sostiene la donna e i suoi figli/e nel percorso di uscita dalla violenza, nel recupero della propria autonomia e nella reintegrazione sociale. <b>Vengono garantiti segretezza e anonimato.</b>
<b>Attività</b>	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.
<b>Destinatari</b>	Donne vittime di violenza
<b>Costo del servizio</b>	Gratuito
<b>Localizzazione e Orari di Apertura</b>	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
<b>Come accedere al servizio</b>	Per accedere al servizio è sufficiente contattare il numero dell'Associazione Alzaia: 327-1833451 e-mail: <a href="mailto:alzaiadonne@libero.it">alzaiadonne@libero.it</a>
<b>Profili professionali</b>	Psicologa; Avvocato; Assistente Sociale; Volontarie.

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

Regolamento Regionale	Servizio	NOTE
Art.85 r.r.4/07	PIS ( Pronto Intervento sociale	
Art.77-81/Ter r.r.4/07	Rete di Intervento sociale emergenza Abitativa	
Art 102 r.r.4/07	Percorsi di Inclusione socio-lavorativa	
Art.108 r.r.4/07	Sportello Immigrati	
Art.93 r.r.4/07	Centro ascolto per le Famiglie	
Art.92 r.r.4/07	Integrazione alunni con disabilità – èquipe	In fase di avvio
Altro	Interventi per persone con dipendenze patologiche	
Art.80-81 r.r.4/07	Maltrattamento e violenza residenziale	
Art.96 r.r.4/07	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 TA/7, secondo le modalità seguenti:

- inviando per posta una richiesta scritta in carta semplice;
- mediante posta elettronica all'indirizzo: [sindacomanduria@libero.it](mailto:sindacomanduria@libero.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

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</p> <p>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
<p>Umanizzazione</p> <p>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. progetti di cura personalizzati attivati / utenti totali	?	Monitoraggio dei servizi
	n. iniziative di formazione e aggiornamento professionale rivolte agli operatori dei servizi	3	Monitoraggio dei servizi
	n. di 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 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
<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>	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	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

<i>Accesso</i>	<b>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.</b>
<i>Ambito territoriale</i>	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 Socio-Sanitari.
<i>Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)</i>	<b>Vedi: Cure domiciliari Integrate</b> 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'art. 53 dell'Accordo collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, e l'allegato H precisano 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 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><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 sociosanitarie</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. E' un valore determinante per l'efficacia e 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>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).</p>
<p><i>Care giver 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 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.</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 sociosanitario. 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.</p> <p>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 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.</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"> <li>• <b>Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) di I livello:</b> 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 .</li> <li>• <b>Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) di II livello:</b> le prestazioni, della stessa tipologia del punto precedente, devono essere articolate su 6 giorni in relazione ai bisogni del caso</li> <li>• <b>Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) di III livello:</b> 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</li> </ul>

	Ospedalizzazione domiciliare.
<i>Cure palliative</i>	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.
<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 valute dall'UVM. Possono essere occasionali o cicliche programmate.</p> <p>Le Cure Prestazionali comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP);</li> <li>• l'Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID);</li> <li>• l'Assistenza Riabilitativa Domiciliare (ARD).</li> </ul> <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"> <li>• impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare);</li> <li>• impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);</li> <li>• 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"> <li>- insufficienza cardiaca in stadio avanzato;</li> <li>- insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;</li> <li>- arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;</li> <li>- gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;</li> <li>- cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;</li> <li>- paraplegici e tetraplegici</li> </ul> </li> </ul>

<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.
<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 compartecipare, 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).

<p><i>Livelli Essenziali di Assistenza – LEA</i></p>	<p>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.</p> <p>I LEA sono organizzati in tre grandi Aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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);</li> <li>– 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);</li> <li>– 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).</li> </ul>
<p><i>MMG</i></p>	<p>Medico di Medicina Generale</p>
<p><i>Ospedalizzazione domiciliare</i></p>	<p>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).</p>
<p><i>PLS</i></p>	<p>Pediatra di Libera Scelta</p>
<p><i>Porta Unica di Accesso (P.U.A.)</i></p>	<p>La Porta Unica di Accesso è una modalità organizzativa volta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie 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 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".</p> <p>Le principali funzioni: informazione, orientamento, accompagnamento, preistruttoria richieste e supporto organizzativo all'UVM.</p>

<p><i>Presenza in carico</i></p>	<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>È 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. È elaborato nel corso della valutazione sanitaria dall'équipe sanitaria di valutazione o dall'UVM nel caso di valutazione sociosanitaria per ognuno dei cittadini presi in carico. 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"> <li>• gli obiettivi e i risultati attesi, sia riguardo alla persona assistita che ai suoi familiari;</li> <li>• 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;</li> <li>• titolarità, competenze e responsabilità di spesa</li> <li>• le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento</li> <li>• le competenze e funzioni del referente familiare;</li> <li>• la durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale;</li> <li>• le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi;</li> <li>• 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.</li> </ul>

<p><i>UVM Unità di Valutazione Multidimensionale</i></p>	<p>L'Unità di Valutazione Integrata (UVM.) è un'equipe 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.</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'èquipe 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"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Attività dell'UVM sono:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• valutazione multidimensionale dell'autosufficienza del paziente e dei bisogni assistenziali dello stesso e del suo nucleo familiare</li> <li>• Verifica della presenza di condizioni di ammissibilità ad un certo percorso di cura e assistenza</li> <li>• Elaborazione del progetto socio – sanitario personalizzato, che deve essere condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto,</li> <li>• Verifica e aggiornamento sull'andamento del P.A.I.</li> </ul>
<p><i>Valutazione</i></p>	<p>Analisi sistematica e scientifica dei dati collegati allo stato di malattia e di bisogno sociosanitario 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.</p> <p>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.</p> <p>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>

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

# AMBITO TERRITORIALE 7



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 r.r. 4/2007)
- Servizio Assistenza Domiciliare (art. 87 r.r. 4/2007)

### Residenziale

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

### Semiresidenziale

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

---

# AMBITO TERRITORIALE 7



Al Responsabile dell'Ufficio di Piano  
Ambito Territoriale TA/7 - MANDURIA

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.**