



## CITTA DI RAGUSA

### ORIGINALE DI DETERMINAZIONE SINDACALE

N. 39	OGGETTO: Accesso alle risorse provenienti dal FNPS, destinate all'attivazione o all'implementazione delle prestazioni di natura socio-assistenziale attivate nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI). Variazione al Piano di Zona e al bilancio di Distretto 2010/2012 in seguito all'ammissione al finanziamento del progetto denominato "Partita Doppia".
Data 11-07-2013	

Dimostrazione della disponibilità dei fondi:

Bilancio 200 ... Competenze

Capitolo \_\_\_\_\_ spese per \_\_\_\_\_

Funz. \_\_\_\_\_ Serv. \_\_\_\_\_ Interv. \_\_\_\_\_

Addi \_\_\_\_\_

IL RAGIONIERE CAPO

Parere del Responsabile del Servizio in merito alla regolarità tecnica:

Si esprime parere FAVOREVOLE

Il Dirigente o responsabile del Servizio

Ragusa, li 09/07/2013

Parere del Responsabile di Ragioneria in merito alla regolarità contabile:

Si esprime parere FAVOREVOLE

Il Responsabile di Ragioneria

Ragusa, li 11/07/2013

Per l'assunzione dell'impegno di spesa, si attesta la regolare copertura finanziaria, ai sensi dell'art.55, comma 5°, della legge 08/06/1990, n.142, recepito dalla L.R. n.48/91.

Il Responsabile del Servizio Finanziario

Ragusa, li .....

.....

Si esprime PARERE FAVOREVOLE all'adozione dell'atto di cui all'oggetto sotto il profilo della sua legittimità.

Ragusa, li 11/07/2013



IL SEGRETARIO GENERALE  
dott. Benedetto Buscema

---

## IL SINDACO

### Premessa

- Visto l'art. 1 della legge 328/00 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" che introduce principi di profonda innovazione dello stato sociale;
- Visto l'art. 18 della medesima legge che prevede l'adozione del piano nazionale e dei piani regionali degli interventi e dei servizi sociali;
- Visto il DPRS 04/11/02 relativo al documento "linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Sicilia";
- Visto il Piano di Zona Socio-sanitario 2010/2012 del Distretto D44 (Ragusa, Chiaramonte Gulfi, Giarratana, Monterosso Almo, Santa Croce Camerina) approvato dalla Regione Sicilia con parere di congruità n. 25 del 28/04/2010;
- Visto l'Accordo di programma per l'adozione del piano di zona 2010/2012 sottoscritto in data 25/06/2009;
- Visto il Quadro Strategico Nazionale 2007/2013 che individua tra gli obiettivi di servizio, destinati ad un miglioramento della qualità di vita dei cittadini, quello della presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata;
- Visto il D.P. n. 61 del 02/03/09 con cui viene approvato il Programma regionale delle Politiche sociali e socio-sanitarie 2010-2012;
- Visto il D.P. 26/01/11 che approva le "Linee Guida regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari" con l'obiettivo di favorire l'integrazione delle politiche sociali e socio-sanitarie regionali e di individuare meccanismi regolativi adeguati tra i diversi livelli istituzionali coinvolti;
- Visto il DDG n. 1018/Serv. 2° del 28/05/12 di approvazione delle Direttive per l'accesso alle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, destinate all'attivazione o all'implementazione delle prestazioni di natura socio-assistenziale attivate nell'ambito del servizio di Assistenza domiciliare integrata";
- Visto il DDG n. 619/Serv. 2° del 15/05/2013 di approvazione degli elenchi delle proposte progettuali presentate a valere del predetto DDG n.1018/12 e dei progetti ammessi a contributo, tra cui quello presentato dal Distretto socio-sanitario D44, denominato "Partita Doppia" che risulta collocato al 2° posto con il punteggio di 81,72 per un finanziamento di €.199.921,29

### Preso atto

- che il Comitato dei Sindaci, della seduta del 09/07/13, ha approvato il progetto rimodulato, secondo le indicazioni regionali espresse con nota n. 22436 del 30/05/13, ed ha sottoscritto l'Accordo di programma finalizzato ad integrare quello del 25/06/2009 che ha approvato il Piano di Zona 2010/2012, ratificando l'inserimento del progetto ADI finanziato dalla Regione nello stesso documento di programmazione e nel bilancio di Distretto;
- che l'inclusione del progetto nel Piano di Zona integra di €. 199.921,29 il Fondo Nazionale delle Politiche Sociali e di €.70.478,71 il cofinanziamento dei Comuni;

**Considerato che**, in virtù del predetto finanziamento, il FNPS del Piano di Zona – triennio 2010/2012 – passa da €.2.465.466,00 ad €.2.665.387,29 e che Cofinanziamento – passa da €.882.279,00 ad €.952.757,71

**Ritenuto** di procedere, in seguito all'ammissione al finanziamento del progetto denominato "Partita Doppia" alla variazione al Piano di Zona e al bilancio di Distretto 2010/2012;

**Visti i pareri favorevoli espressi dai responsabili in ordine alla regolarità tecnica e contabile, nonché l'attestazione finanziaria da parte del Capo Settore Ragioneria ;**

**Visto l'art. 41 della L.R. 26/93 che attribuisce alla Giunta Municipale la competenza della materia indicata nell'art. 15 della L.R. n. 44/91, così consolidandosi l'indirizzo normativo in ordine alla individuazione del Sindaco, quale organo a competenza generale;**

**Considerato che la materia in oggetto del presente provvedimento non rientra fra quelle indicate nel sopra citato art. 15 della L.R. n. 44/91 per cui il provvedimento stesso rientra nella competenza sindacale;**

#### DETERMINA

- 1) Prendere atto che con DDG n. 619/Serv. 2° del 15/05/13 la Regione Sicilia – Assessorato della Famiglia e delle Politiche Sociali – ha ammesso al finanziamento di €.199.921,29 il progetto denominato “Partita Doppia”, elaborato dal Distretto socio-sanitario D44 e predisposto ai sensi del DDG n. 1018/Serv. 2° del 28/05/12 di approvazione delle Direttive per l’accesso alle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, destinate all’attivazione o all’implementazione delle prestazioni di natura socio-assistenziale attivate nell’ambito del servizio di Assistenza domiciliare integrata”.
- 2) Dare atto che l’inclusione del suddetto progetto nel Piano di Zona 2010/2012 integra di €.199.921,29 il Fondo Nazionale delle Politiche Sociali e di €.70.478,71 il cofinanziamento dei Comuni, per il Fondo del Piano di Zona – triennio 2010/2012 – passa da €.2.465.466,00 ad €.2.665.387,29 e che cofinanziamento dei Comuni del Distretto (Ragusa, Chiaramonte Gulfi, Giarratana, Monterosso Almo, Santa Croce Camerina) passa da €.882.279,00 ad €.952.757,71



IL SINDACO

**Allegato parte integrante:**

- Progetto “Partita Doppia”
- Accordo di programma integrativo del 09/07/13

Il sottoscritto messo comunale attesta che copia della presente determinazione è stata affissa all'Albo Pretorio il ....12 LUG. 2013.... fino al ....27 LUG. 2013..... per quindici giorni consecutivi.

Ragusa, li ..... 12 LUG. 2013

IL MESSO COMUNALE  
IL MESSO NOTIFICATORE  
.....(Licitra Giovanni).....

Certifico che, contestualmente all'affissione all'Albo, la determinazione è stata trasmessa in copia al Presidente del Consiglio, ai sensi del 3° comma dell'art.8 della L.R. n.39/97

Ragusa, li ..... 12 LUG. 2013

IL SEGRETARIO GENERALE  
IL V. SEGRETARIO GENERALE  
Dott. Francesco Lumiera.....

Il sottoscritto messo comunale attesta che copia della presente determinazione è rimasta affissa all'Albo Pretorio per quindici giorni consecutivi dal ....12 LUG. 2013..... al ....27 LUG. 2013.....

Ragusa, li .....

IL MESSO COMUNALE

Certificato di avvenuta pubblicazione della determinazione

Vista l'Attestazione del messo comunale, certifico che la presente determinazione, è stata affissa all'Albo Pretorio di questo Comune il giorno.....12 LUG. 2013.... ed è rimasta affissa per quindici giorni consecutivi decorrenti dal ....12 LUG. 2013.... senza opposizione.

Ragusa, li .....

IL SEGRETARIO GENERALE

\* Copia conforme da segnare  
Ragusa, li ..... 12 LUG. 2013



IL SEGRETARIO GENERALE

IL V. SEGRETARIO GENERALE  
Dott. Francesco Lumiera



# DISTRETTO SOCIO SANITARIO D44

**PROPOSTA PROGETTUALE** del Distretto socio-sanitario D44 elaborata ai sensi del D.D.G. n. 1018/Servizio II/28.05.2012 - Allegato A: Direttive per l'accesso alle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le Politiche sociali, destinate alla attivazione o implementazione delle prestazioni di natura socio-assistenziale attivate nello ambito del servizio di assistenza domiciliare integrata.

**Denominazione progetto:**

**“PARTITA DOPPIA”**

## 1) Soggetto proponente

Il soggetto proponente la presente proposta progettuale è il Distretto socio-sanitario D44 costituito dai Comuni di:

Comuni	Totale popolazione residente al 31.12.2011
Ragusa	73.000 circa
Chiaramonte Gulfi	8.200 circa
Giarratana	3.240 circa
Monterosso Almo	3.300 circa
Santa Croce Camerina	10.000 circa
<b>Totali</b>	<b>97.740 circa</b>
Estensione territoriale complessiva per Km <sup>2</sup>	709,57

e dal Distretto Sanitario di Ragusa dell'ASP di Ragusa.

## 2) Persone anziane ultrasessantacinquenni presenti nel territorio distrettuale. Alcuni dati.

In base all'ultimo censimento le persone anziane ultrasessantacinquenni residenti, risultano essere le seguenti:

Comuni	Totale al 31.12.08	totale al 31.12.11	Maschi al 31.12.11	Femmine al 31.12.11
Ragusa	14.661	15.743	6.682	9.061
Chiaramonte Gulfi	1.782	1.830	800	1.030
Giarratana	821	794	342	452
Monterosso Almo	778	769	332	437
Santa Croce Camerina	1.619	1.663	754	909
<b>Totali</b>	<b>19.661</b>	<b>20.799</b>	<b>8.910</b>	<b>11.889</b>

*Fonte di riferimento: uffici anagrafici dei Comuni*

La percentuale degli ultra 65 anni, rispetto al totale dei residenti, è la seguente:

Comuni	% al 31.12.08	% al 31.12.11	Differenza % tra il 2008 e il 2011
Ragusa	20,22	21,56	+ 1,34
Chiaramonte Gulfi	21,92	22,31	+ 0,39
Giarratana	25,33	24,50	- 0,83
Monterosso Almo	23,40	23,30	- 0,10
Santa Croce Camerina	16,45	16,63	+ 0,18

Per l'intero distretto socio-sanitario D44, al 31.12.2011, è del 21,28%, superiore alla media nazionale.

Al 31 dicembre 2011, il 20,3% della popolazione italiana aveva un'età maggiore di 65 anni. Tale percentuale equivale numericamente ad oltre 12 milioni (dati Istat).

Già nell'anno 2008, i nuclei familiari con almeno un componente > 65 anni erano il 36% del totale nel Comune di Ragusa, il 55,4% nel Comune di Chiaramonte Gulfi, il 44,8% nel Comune di Giarratana, il 41,8% nel comune di Monterosso Almo, il 30,5% nel Comune di S. Croce Camerina per una media distrettuale del 37,5%

*(Fonte di riferimento: uffici anagrafici dei Comuni)*

## 3) Il DPRS 26 gennaio 2011: definizione dell'ADI e brevi cenni storici, i tratti caratterizzanti l'intervento.

Questo progetto intende fare essenziale riferimento al DPRS 26/01/2011 recante per titolo "Linee guida regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari" nella sua interezza e di cui si riportano di seguito alcuni passi significativi:

- "L'ADI è stata concepita come un modello assistenziale volto ad assicurare l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa, etc) e sociali (igiene e cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche e sostegno psicologico) al domicilio, da parte di differenti

*figure professionali tra loro funzionalmente integrate. Si tratta di un servizio che ha l'obiettivo di soddisfare esigenze complesse di persone che richiedono una assistenza continuativa di tipo socio-sanitario”*

- In Sicilia "le cure domiciliari per gli anziani nel periodo 2000-2008 sono state prevalentemente attivate dalle Aziende Sanitarie secondo un'organizzazione non del tutto omogenea ma a macchia di leopardo nella fase di avvio. (...) Dalla lettura delle esperienze fatte negli anni passati emergono alcune forti criticità (...) La rete socio-sanitaria integrata per il governo del sistema delle cure domiciliari ha trovato tuttavia una buona capacità organizzativa e di impatto in alcune esperienze regionali (di spicco l'Azienda Sanitaria di Ragusa). Tale modello gestionale ha conseguito importanti risultati sia in riferimento ai livelli di assistenza garantiti agli utenti, sia in termini di soddisfazione espressa da parte dei nuclei familiari beneficiari di detto tipo di assistenza, sia per quanto riguarda la capacità istituzionale di governante del sistema di integrazione del settore sanitario dell'Azienda Sanitaria e del settore sociale dei Comuni"
- (...) "Il sistema di governo delle cure domiciliari a livello territoriale assume come valore strategico il principio della corresponsabilità dei due sistemi, sociale e sanitario" e si articola in tre livelli di integrazione: "integrazione istituzionale, organizzativa e professionale". Il percorso di erogazione delle cure domiciliari vede coinvolti "una rete di attori ed un insieme di attività: il Punto Unico di Accesso, la Unità distrettuale cure domiciliari, il case manager, il medico curante dell'assistito, i componenti dell'Unità di valutazione multidimensionale, assistenti sociali dei Comuni, gli sportelli o punti informativi collocati nei Comuni del Distretto socio-sanitario"

#### **4) Destinatari dell'intervento**

Il servizio A.D.I. è destinato ai soggetti non autosufficienti che si trovano in una delle seguenti condizioni :

- anziani in condizioni di fragilità, nonché con patologie geriatriche con limitazione dell'autonomia;
- anziani con difficoltà di ordine relazionale, sanitario o sociale;
- pazienti in dimissione socio-sanitaria protetta da parte di reparti ospedalieri, malati con patologie in fase terminale, soggetti con temporanea inabilità;
- anziani con disabilità, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano limitazione dell'autonomia;
- soggetti con patologie oncologiche;
- pazienti in fase terminale non oncologici;
- soggetti portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- soggetti con necessità di nutrizione artificiale enterale e parentale;
- soggetti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- soggetti in stato vegetativo e stato di minima coscienza;
- soggetti con avanzate e complicate malattie croniche.

#### **5) Analisi del fabbisogno del servizio ADI nel distretto D44 e utenza potenziale con particolare attenzione a quanto già previsto nel Piano di**

## **Zona e nel P.A.I. dell'ASP.**

L'A.S.P. di Ragusa è costituita da tre Distretti Sanitari (Ragusa, Modica, Vittoria) con una popolazione residente complessiva di circa 316.113 abitanti.

Il Distretto socio-sanitario di Ragusa è caratterizzato da una capillare presenza di Servizi di Assistenza Sociale che vantano una lunga tradizione: segretariato sociale, servizio sociale professionale, assistenza economica, assistenza abitativa, centri diurni (per minori, giovani/adolescenti, disabili, anziani), centri di accoglienza (per gestanti e ragazze madri), servizi residenziali per anziani, disabili, malati mentali e minori (comunità alloggio, case famiglia, case protette, case di riposo), assistenza domiciliare per anziani e disabili gravi (acquisto alimenti, preparazione pasti, aiuto domestico, igiene e cura della persona, lavanderia, disbrigo pratiche, sostegno psicosociale), servizi diretti ai disabili gravi scolarizzati..

La Tutela della Salute non può prescindere da una organizzazione di una rete assistenziale socio-sanitaria integrata, che garantisca appropriatezza ed efficacia nonché facile fruibilità dei servizi offerti.

I Distretti Sanitari della A.S.P. di Ragusa hanno già da tempo realizzato una rete assistenziale sanitaria per la cronicità, integrata con la rete dei servizi sociali, adottando, nel contempo, un assetto organizzativo che consente facile fruibilità dei servizi da parte dell'utenza ed appropriatezza nella risposta assistenziale.

L'integrazione fra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali è stata una esigenza sentita già dal 1995, quando furono stipulati i protocolli d'intesa fra Comuni e Azienda al fine di assicurare il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata. Successivamente altri protocolli d'intesa regolamentarono l'integrazione sociosanitaria nell'ambito dei servizi di residenzialità (RSA).

Il processo di integrazione socio-sanitaria si è intensificato con la stipula degli accordi sui Piani di Zona (L. 328/2000) realizzati sin dall'anno 2003 fra i Distretti Sanitari e gli Enti Locali.

In particolare, sono stati attuati nel Distretto Socio-sanitario di Ragusa tutte le progettualità previste nei Piani di Zona del primo e del secondo triennio e si stanno realizzando i progetti previsti nel Piano di Zona del terzo triennio.

E' il caso ancora di sottolineare la stretta integrazione esistente nei tre Distretti dell'ASP di Ragusa, tra Servizi Sanitari e Servizi Sociali dei Comuni, testimoniata dalla completa realizzazione dei progetti dei Piani di Zona, di cui fanno parte tutte le progettualità di assistenza socio-sanitaria territoriale per la cronicità, e dalla attribuzione ai Distretti Socio-Sanitari della Provincia delle più alte premialità assegnate dallo Assessorato alla Famiglia in Regione Sicilia.

Per la gestione delle **cronicità**, è stato ridefinito il modello assistenziale adottando un modello organizzativo basato sulla **centralità del Medico di Medicina Generale** che, insieme alla Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (di cui è componente con il Direttore sanitario del Distretto di Ragusa, con il Terapista della Riabilitazione, con l'Infermiere Professionale, con lo Specialista della branca specifica, con l'Assistente Sociale degli Enti Locali) valuta il bisogno assistenziale utilizzando sistemi di valutazione multidimensionali (attualmente SVAMA), definisce i percorsi assistenziali del paziente, **predisponde il Piano di Assistenza Individualizzato ed è responsabile della sua attuazione**, in un'ottica di ricerca di appropriatezza ed efficacia della risposta assistenziale.

Nel modello organizzativo usato dall'ASP di Ragusa viene assicurata la centralità

dell'assistito che può accedere ai vari servizi della rete socio-assistenziale secondo i percorsi appropriati definiti dalla UVM che è costituita da tre componenti:

- il MMG, in quanto responsabile clinico dell'assistenza,
- il Direttore del Distretto, o un suo delegato, in quanto gestore delle risorse (umane, strutturali, economiche).
- gli specialisti della valutazione (medici specialisti della branca in interesse, spesso geriatra o fisiatra, infermiere professionale, terapista della riabilitazione, assistente sociale dei Comuni).

La possibilità di disporre di una articolata rete di Servizi per la cronicità garantisce efficacia da una parte ed efficienza dall'altra, consentendo la risposta assistenziale più appropriata al caso.

La UVM gestisce, infatti, l'Assistenza Domiciliare Programmata, l'Assistenza Domiciliare Integrata, l'Assistenza Palliativa, l'Assistenza in Casa di Riposo, gli accessi in RSA e nel Centro per Gravi, la concessione di ausili e presidi in stretta collaborazione con l'Ufficio Prestazioni, nonché l'accesso ai Servizi Sociali assicurati dagli Enti Locali.

L'accesso alla rete dei Servizi Socio-Sanitari è assicurata dal PUA (Sportello Socio-Sanitario), presente in ogni Comune del territorio aziendale.

Con i Medici di Medicina Generale, in particolare, l'Azienda Sanitaria di Ragusa ha stipulato accordi locali tendenti a potenziarne la funzione di regolazione della domanda sanitaria e di predisposizione di percorsi assistenziali appropriati nell'ambito della rete assistenziale integrata sociosanitaria (MMG, Medici della continuità assistenziale, Assistenza Specialistica Ambulatoriale e Domiciliare, Assistenza Farmaceutica, Assistenza Domiciliare Integrata, Assistenza palliativa ai terminali, Assistenza Domiciliare Programmata, RSA, Centro per Gravi, Servizio di Riabilitazione Ambulatoriale e Domiciliare, Prestazioni Integrative, Assistenza ospedaliera, Assistenza sociale, etc.).

Per quanto riguarda le Cure Domiciliari, dal settembre 1995 al dicembre 2010 sono stati assistiti a domicilio 19.232 utenti, di cui il 57% di sesso femminile, e con una prevalenza di età compresa tra 70 e 90 anni.

E' entrato ogni anno in assistenza circa il 2-3% della popolazione ultrasessantacinquenne, in massima parte per gravi fratture, ulcere cutanee, ictus cerebrale e neoplasie.

Sono stati complessivamente assicurati n. 743.608 accessi domiciliari infermieristici e n. 275.684 accessi riabilitativi, con l'89% degli assistiti di media/elevata intensità assistenziale.

Sono stati assistiti contemporaneamente in ogni periodo dell'anno in media 759 utenti (posti letto domiciliari) nell'anno 2010.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare di 2° Livello ai Malati Terminali, dedicato a pazienti con elevato bisogno assistenziale, ha preso in carico 1.654 pazienti, in massima parte ultrasessantacinquenni, nel periodo compreso dal 2002 al 2010, con indice di intensità assistenziale pari a 1,45, indicatore di elevatissima intensità assistenziale.

Sono stati contemporaneamente assistiti in ogni periodo dell'anno n. 49 pazienti terminali ad alto bisogno assistenziale (posti letto domiciliari - anno 2010).

L'assistenza domiciliare è stata assicurata in stretta integrazione con l'assistenza ospedaliera facendo ricorso alle dimissioni programmate o alle dimissioni protette,

secondo le necessità assistenziali del paziente.

In particolare nell'anno 2010 sono stati assistiti a domicilio n° 1.937 ultrasessantacinquenni.

La popolazione ultrasessantacinquenne residente in provincia di Ragusa al 01 gennaio 2010 (dati istat) è costituita da n° 57.475 unità, pertanto gli utenti assistiti in cure domiciliari nell'anno 2010 costituiscono il 3,37% della popolazione ultrasessantacinquenne.

Nel periodo gennaio-dicembre 2011 sono stati assistiti a domicilio n° 2.377 ultrasessantacinquenni, che costituiscono il 4,10% della popolazione ultrasessantacinquenne residente (n. 58.042 ultrasessantacinquenni al 01 gennaio 2011):

U.V.M.	> 65 anni residenti al 01.01.2011	assistiti al 31/12/2011	> 65 assistiti al 31/12/2011	% > 65 anni
Ragusa	19.830	1.035	928	4,68
Modica	21.473	1.085	911	4,24
Vittoria	16.739	627	538	3,21
Totale	58.042	2.747	2.377	4,10

## 6) Relazione sull'attività fin qui svolta per la realizzazione dell'ADI con riferimento al 2011.

Nel Distretto socio-sanitario D44 relativamente al servizio ADI, da anni viene attuata una integrazione istituzionale, organizzativa e professionale perfettamente in linea con quanto previsto dal già citato DPRS del 26/01/2011.

In particolare il Comune di Ragusa ha aderito nel 1995 al progetto-obiettivo "Tutela salute degli anziani" approvato dall'Assessorato Regionale alla Sanità con decreto n.13954 del 20.12.1994 attraverso la redazione di un Protocollo d'Intesa stipulato il 31.05.1995 con l'AUSL n. 7 con il quale si intendeva attivare il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata.

All'art. 3 di tale protocollo di intesa si legge che "il servizio di assistenza domiciliare integrata è una risposta efficace per mantenere l'anziano nel proprio ambiente naturale, sociale e familiare di appartenenza al fine di evitare o quanto meno ridurre il ricovero in strutture residenziali che non rappresentano minimamente la giusta aspirazione di vita della persona anziana".

I destinatari di tale servizio sono individuati nell'art. 4 (persone anziane che vivono sole o con carente supporto familiare in condizione di totale o parziale non autosufficienza o ad altro rischio di perdita della autosufficienza) mentre all'art. 5 vengono indicate le prestazioni previste dal servizio di assistenza domiciliare del Comune (acquisto alimenti, preparazione pasti, igiene e cura personale, riordino ambiente, disbrigo pratiche e sostegno psicosociale) e all'art. 6 viene esplicitato l'oggetto del servizio da un punto di vista sanitario (prestazioni di medicina generale e specialistica, assistenza infermieristica e riabilitazione fisica e psico-motoria).

All'art. 13 viene ribadita la durata temporanea del servizio.

Tale "antica tradizione di integrazione" tra "Azienda Sanitaria Locale" e Comune di Ragusa è stata "ereditata" dall'intero Distretto socio-sanitario D44 divenendo patrimonio comune per tutti i Comuni facenti parte, allorquando nell'anno 2002 la Regione Sicilia ha

emanato le linee guida per l'attuazione della legge 328/00..

La prassi relativa all'ottenimento del servizio, attuata da anni presso il Distretto socio-sanitario D44, è stata ed è la seguente:

- Segnalazione al **Punto Unico di Accesso (PUA)** distrettuale (presente in ogni Comune del Distretto) da parte del medico curante o del medico ospedaliero o del medico RSA o da altri soggetti (responsabili case di riposo, servizi sociali, assistito e/o suoi familiari, etc);
- L'**Unità Valutativa multidimensionale** del Distretto Sanitario di Ragusa composta ordinariamente dal Direttore del distretto sanitario RG o da un suo delegato, dal medico specialista della patologia in interesse, dal terapista della riabilitazione, dall'assistente sociale e dall'infermiere, entro 48 ore dalla segnalazione, effettua a domicilio del paziente la valutazione multidimensionale del caso, utilizzando la scheda **SVAMA**. Sulla base del bisogno emerso, elabora il progetto di assistenza individuale (PAI) che prevede:
  - ◊ gli obiettivi di salute da raggiungere
  - ◊ la durata del servizio
  - ◊ gli interventi degli operatori sanitari e sociali
  - ◊ la previsione degli interventi a rilevanza sociale
  - ◊ la cadenza degli accessi del medico curante e di eventuali consulenze specialistiche presso il domicilio del paziente
  - ◊ i momenti di verifica,
  - ◊ le competenze e le funzioni del referente familiare e la sottoscrizione del PAI da parte dell'assistito e/o di un familiare;
- gli interventi sanitari previsti nel PAI possono essere i seguenti:
  - ◊ Assistenza medico specialistica (AMS)
  - ◊ Assistenza medico-generica programmata (AMG)
  - ◊ Assistenza infermieristica domiciliare
  - ◊ Assistenza riabilitativa domiciliare (ARD)
  - ◊ Assistenza cure palliative domiciliari
  - ◊ Assistenza integrativa
  - ◊ Assistenza farmaceutica
- Nel caso in cui l'**UVM** ritiene che sia opportuno concedere prestazioni socio-assistenziali viene attivato il Settore Servizi Sociali dei Comuni del Distretto socio-sanitario che provvede alla presa in carico dell'assistito ed all'erogazione dei servizi.
- Il Servizio Sociale comunale mantiene nel servizio socio-assistenziale l'utente per l'intera durata prevista dal PAI.
- Le prestazioni socio-assistenziali potranno essere di vario tipo e precisamente: acquisto alimenti, preparazione pasti, igiene e cura della persona, lavanderia, riordino ambiente, sostegno psicosociale.
- Tra le azioni di sistema il Distretto D44 ha adottato il **"Patto di Accreditamento"** per disciplinare il rapporto tra le Amministrazioni Comunali e i soggetti accreditati all'Albo Distrettuale, per l'erogazione dei servizi domiciliari. Finalità del Patto di accreditamento è quella di disciplinare il rapporto tra le Amministrazioni coniunali

del Distretto socio-sanitario 44 ed i soggetti accreditati all'albo distrettuale (nel nostro caso le cooperative sociali di tipo A) per l'erogazione dei servizi domiciliari agli anziani, ai disabili gravi e per il servizio di assistenza di base e specialistica agli alunni disabili. Il sistema di accreditamento è fondato sulla libera scelta del soggetto accreditato da parte del cittadino che usufruisce del servizio. Gli obiettivi del patto di accreditamento sono i seguenti: garantire al cittadino un elevato standard qualitativo dei soggetti accreditati, centralizzare il ruolo attivo del cittadino – utente sia in ordine all'elaborazione del proprio progetto assistenziale, sia alla scelta del soggetto erogatore.

- Conseguentemente a ciò, dal 2009, nel Comune capoluogo, questo procedimento è stato integrato in via sperimentale con percorsi di mediazione familiare intergenerazionale miranti alla elaborazione di un progetto assistenziale di intesa che vede la famiglia come soggetto negoziatore e ciò per ogni singolo destinatario del servizio; tale pratica è divenuta ufficiale con Delibera di Giunta del marzo 2012.
- Numero di istanze ADI, distinte per anno, per le quali è stato richiesta dall'ASP l'integrazione assistenziale:

Comuni	2009	2010	2011	1° semestre 2012
Ragusa	34	57	53	27
Chiaramonte Gulfi	/	/	4	/
Giarratana	/	/	4	/
Monterosso Almo	/	/	4	/
Santa Croce Camerina	/	/	5	/

La buona integrazione raggiunta è il risultato dell'ottima sinergia a livello istituzionale (Comitato dei Sindaci – Direttore del Distretto Sanitario di Ragusa), organizzativo (Coordinatore del gruppo piano – Direttore del Distretto Sanitario) e professionale (tutte le figure professionali coinvolte con particolare riferimento per assistente sociale ASP, per l'assistente sociale dei Comuni e per tutti i componenti della UVM) tra il distretto sanitario di Ragusa e i Comuni del Distretto sociosanitario D44

## 7) La modalità di gestione del servizio integrato

Abbiamo già evidenziato come la prassi oramai da anni elaborata nell'ambito del distretto sanitario di Ragusa e del distretto socio-sanitario D44 è perfettamente in linea con quanto stabilito dal DPRS del 26 gennaio 2011.  
Gli obiettivi strategici della presente proposta progettuale non possono che continuare ad essere quelli già da tempo realizzati e cioè i seguenti:

- a) Uniformare e semplificare nel Distretto Sanitario di Ragusa e nei vari Comuni del Distretto socio-sanitario D44 le procedure che regolano l'accesso al servizio di assistenza domiciliare integrata;
- b) Realizzare in maniera concreta ed efficace una **doppia integrazione**: tra sociale e sanitario da un lato e tra sanitario, sociale e famiglia dall'altro lato;
- c) Custodire buone prassi sviluppate nel Distretto socio-sanitario D44.

Ciò premesso, passiamo in rassegna i tre punti sopraesposti.

a) Al fine di continuare a realizzare la "uniformità e la semplificazione di procedure" si fa essenziale e completo riferimento a quanto già detto nel punto 6).

b.1) Al fine di continuare a realizzare la integrazione tra sociale e sanitario si fa essenziale e completo riferimento a quanto già detto nel punto 6).

b.2) Al fine di realizzare la integrazione tra **sociale, sanitario e familiare** si sottolinea quanto segue: se l'integrazione tra sociale e sanitario è un aspetto fondamentale e strategico della legge 328/00, esiste un altro aspetto della legge, non di minore importanza, che ancora oggi attende a livello generale, a nostro avviso, una valida e diffusa attuazione: **la valorizzazione e il sostegno delle responsabilità familiari**.

La legge 328 pone particolare enfasi, per quel che concerne la cura della persona e la promozione del benessere, al ruolo delle famiglie intese non solo come destinatari/beneficiari dell'intervento ma anche come **co-partecipi** dell'offerta, dell'organizzazione e della valutazione dell'intervento stesso:

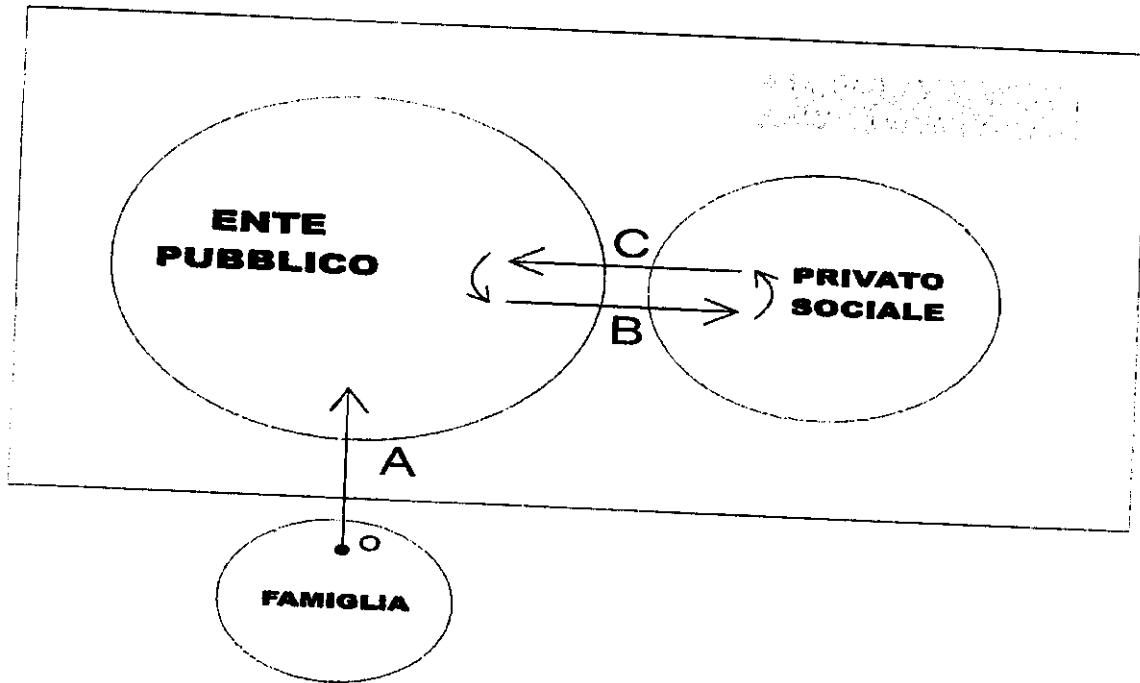
*"Il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale, sostiene e valorizza i molteplici compiti che le famiglie svolgono sia nei momenti critici e di disagio, sia nello sviluppo della vita quotidiana; valorizza il ruolo attivo delle famiglie nella formazione di proposte e di progetti per l'offerta dei servizi e nella valutazione dei medesimi. Al fine di migliorare la qualità e la efficienza degli interventi, gli operatori coinvolgono e responsabilizzano le persone e le famiglie nell'ambito della organizzazione dei servizi". (lex 328, art. 16).*

Il Decreto attuativo del Presidente della Regione Sicilia del 4.11.2002 conferma che "la famiglia non è soltanto destinataria di servizi, ma è anche risorsa, non in quanto surrogato delle Istituzioni, piuttosto come soggetto attivo di politiche sociali. (...). Non è possibile parlare di società se non si parla di famiglia (...). Va quindi pensata una politica per la famiglia, ma soprattutto con la famiglia (...)" (cap. 4 punto 4.2.) e ancora al punto 5.1. del cap.5 "La Regione a) predispone una politica organica e integrata volta a promuovere e a sostenere la famiglia nello svolgimento delle sue funzioni sociali, anche attraverso la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro; c) promuove e sostiene lo sviluppo armonioso delle relazioni familiari, delle funzioni educative, dei rapporti di solidarietà e generazionali".

Ci è parso che l'impegno e lo sforzo organizzativo dei familiari in corrispondenza di un evento critico rappresentato dalla sopravvenuta non autosufficienza di un proprio congiunto sia rimasto sostanzialmente fuori "l'evidenza pubblica del servizio erogato" e abbia faticato ad assumere la centralità strategica che invece avrebbe dovuto avere. Si determinava in tal modo relativamente ai servizi erogati dai Comuni, un circuito in cui la famiglia restava sostanzialmente "fuori del servizio" e per il quale fungeva esclusivamente da "motorino di avviamento", il resto era un discorso "a due" e a tempo indeterminato tra l'Ente Pubblico e il Privato Sociale.

Vale la pena precisare che sostenere che la famiglia stazioni sostanzialmente "fuori dal servizio" non vuole significare che sul piano pratico i familiari si disinteressano del proprio congiunto ma vuole più propriamente sottolineare la ufficiale "perifericità" del corpo familiare nella programmazione e nelle modalità attuative del servizio pubblico e la conseguente sostanziale disorganizzazione dello stesso nel "mettere a sistema" tale intervento con il complesso delle prestazioni erogate.

## **WELFARE della DELEGA**



### **O: PUNTO di ORIGINE del PROCEDIMENTO**

**FASE A: DISAGIO —> RICHIESTA /DELEGA  
(EMITTENTE: FAMIGLIA —> RICEVENTE: ENTE PUBBLICO)**

**FASE B: ACCOGLIMENTO —> AFFIDAMENTO  
(EMITTENTE: ENTE PUBBLICO —> RICEVENTE: PRIVATO SOCIALE)**

**FASE C: DISAGIO (...) —>RICHIESTA  
(EMITTENTE : PRIVATO SOCIALE —> RICEVENTE: ENTE PUBBLICO)**

Nel "Welfare della delega" centrale è il binomio Ente Pubblico - Privato sociale mentre periferico e marginale sul piano dell'ufficialità del servizio risulta essere il ruolo delle famiglie.

L'assistente sociale di ogni Comune del distretto, membro dell'U.V.M., pertanto, usando

alcuni strumenti professionali idonei quali:

- l'ecogramma
- lo schema di bilancio
- la mappatura della assistenza in cui siano analiticamente specificati ruoli, prestazioni, accessi,

è chiamato a completare, insieme ai familiari dell'assistito e se possibile all'assistito stesso, il PAI in modo tale che siano espressamente ed analiticamente indicati in esso le prestazioni assistenziali e i ruoli di competenza dei familiari e quelli di competenza dell'Ente pubblico (Comune).

La famiglia invece di subire l'intervento sociale ne diventa soggetto negoziatore e viene ufficialmente inserita "dentro" il **servizio** con conseguente ottimizzazione dell'efficacia dell'intervento pubblico.

Si realizza per questa via un secondo livello di integrazione tra sociale e familiare.

Volendo formalizzare tale procedura, se indichiamo con **E** l'efficacia dell'intervento assistenziale, con **P** il progetto di intervento, con **C** la capacità del professionista a realizzare tale efficacia e con **W** la capacità della famiglia del richiedente ad aggredire il proprio disagio, si passerà da :

a :

$$E = F(P) \quad \text{ove}$$

$$P = f(C)$$

$$E = f(P)$$

$$P = f(C, W) \quad \text{ove però:}$$

Il che significa che l'efficacia dell'intervento sociale è **strutturalmente dipendente** anche dalla capacità della famiglia dell'utente di aggredire la propria situazione di disagio e di metterla a sistema.

Il **piano di assistenza individuale** in tal modo individua il complesso delle prestazioni sanitarie, sociali e li mette a sistema con i ruoli, le prestazioni, gli accessi, le problematiche economiche della famiglia ed i bisogni sottostanti (non a caso viene individuato il referente familiare e non a caso il piano è sottoscritto dallo assistito e da un familiare).

Il PAI quindi rappresenta il documento in cui diremmo visivamente si realizza la integrazione tra sanitario, sociale e familiare.

c) Abbiamo individuato nei precedenti punti **a)** e **b)** "procedure di accesso al servizio ed obiettivi strategici uniformi per l'intero Distretto socio-sanitario 44"

All'interno di tale fondamentale uniformità ovviamente vanno custodite le buone prassi e le specificità all'interno di ogni singolo Comune.

All'uopo lo strumento che il Comune di Ragusa ha individuato ed intende attuare per realizzare l'**obiettivo strategico di cui al punto b2)** è quello della Mediazione familiare intergenerazionale.

Il procedimento, in sintesi, si sostanzia come segue:

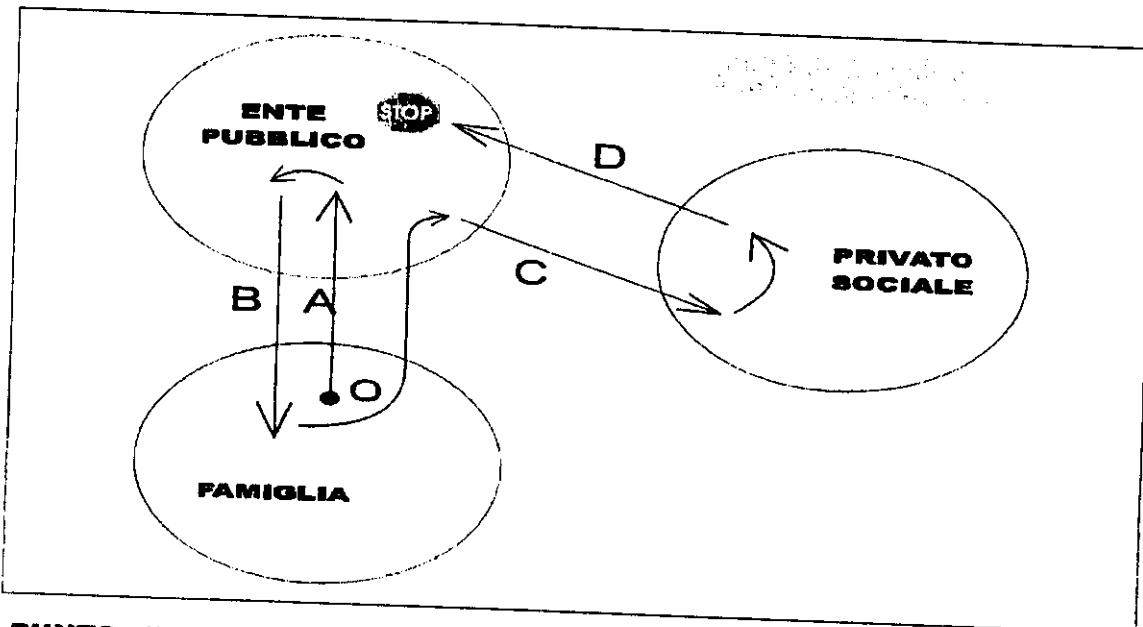
- viene costituito un gruppo di lavoro formato da varie "parti": dai familiari più

prossimi della persona inserita, dalla persona destinataria se in grado di partecipare, dall'assistente sociale della cooperativa sociale erogatrice del servizio di assistenza domiciliare, da terzi informali (badante) o istituzionali (AdS); tale gruppo viene coordinato dall'assistente sociale/mediatore familiare del Comune di Ragusa (membro della U.V.M.) che si manterrà terzo e neutrale rispetto alle parti;

- il gruppo di lavoro procederà esso stesso, con l'ausilio del mediatore, a redigere una agenda di lavoro in cui verranno negoziati vari argomenti e precisamente: quali dovranno essere le prestazioni assistenziali, in capo a chi, quando e come dovranno essere erogate, redazione bilancio familiare con eventuale analisi del problema del bilancio in rosso, calendarizzazione degli accessi, amministrazione del patrimonio, altro (fase della pre-mediazione).
- il gruppo di lavoro, seguendo lo schema dialettico *tesi-antitesi-sintesi*, e con uno stile teso al rispetto e alla pari dignità tra le parti, procede a negoziare ogni punto fissato dall'agenda dei lavori ed a raggiungere per ogni punto accordi efficaci e condivisi (fase della negoziazione ragionata).
- il gruppo di lavoro amplierà, sempre con l'ausilio dell'assistente sociale/mediatore, membro dell' U.V.M., il P.A.I. che comprenderà gli accordi raggiunti per ogni singolo punto negoziato e che sarà sottoscritto tra le parti (sottoscrizione accordi).
- lo stesso gruppo di lavoro, su input del mediatore, procederà a periodiche revisioni di tali accordi (fase della revisione degli accordi).
- Tale procedimento attuato dal Comune di Ragusa è stata inserito dallo *OSSEVATORIO NAZIONALE SULLA FAMIGLIA*, nel volume *BUONE PRATICHE NEI SERVIZI ALLA FAMIGLIA* (a cura di Donatella Bramanti ed Elisabetta Carrà, 2011), come facente parte del ristretto numero delle migliori *buone prassi* a favore della famiglia con anziani non autosufficienti attuate in Italia.

Nel "Welfare della partecipazione" centrale diventa il ruolo della famiglia pienamente integrata e partecipe allo interno del servizio offerto; l'Ente pubblico viene ad assumere primitivamente il ruolo di suscitatore e organizzatore di responsabilità familiare e solo in un secondo tempo quello di erogatore di servizi, conseguentemente il privato sociale diventa attuatore di servizi di entità e modalità complementari alle risorse familiari esistenti e su di esse calibrati.

# WELFARE della PARTECIPAZIONE



**O: PUNTO di ORIGINE del PROCEDIMENTO**

**FASE A: DISAGIO —> RICHIESTA /DELEGA  
(EMITTENTE: FAMIGLIA —>RICEVENTE: ENTE PUBBLICO)**

**FASE B: ACCOGLIMENTO —> MEDIAZIONE FAMILIARE  
(EMITTENTE: ENTE PUBBLICO —> RICEVENTE: FAMIGLIA)**

**FASE C: ACCORDI —>AFFIDAMENTO  
(EMITTENTE : ENTE PUBBLICO/FAMIGLIA—> RICEVENTE: PRIVATO SOCIALE)  
FASE D: DISAGIO (...) —>RICHIESTA —> STOP  
(EMITTENTE : PRIVATO SOCIALE —> RICEVENTE: ENTE PUBBLICO),  
SI RICOMINCIA dalla FASE A CON UNA NUOVA ISTANZA**

- Per ogni persona da assistere si appronta un progetto individuale e personalizzato ed assolutamente unico, a tutto beneficio dell'utente stesso in cui sono analiticamente elencati i ruoli e i compiti di ciascun componente la famiglia e della cooperativa erogatrice del servizio per conto dell' Ente pubblico comunale qualora lo anziano abbia già il servizio.
- L'Ente pubblico comunale pertanto si appropria di un ruolo che maggiormente gli compete, viene ad ottimizzare ciò che spende e tende a spendere di meno perché viene messa in circolo la grande risorsa rappresentata dalla famiglia. Il privato sociale dal canto suo qualifica meglio il suo apporto.
- Riteniamo che la futura qualità del Welfare rispetto all'ambito (e non solo) di cui stiamo parlando si giochi in gran parte sulla capacità che avranno gli Enti locali a individuare percorsi attraverso cui mettere organicamente dentro i servizi la grande risorsa rappresentata dalla famiglia.
- La prospettiva strategica sarebbe quella di passare dopo il *Welfare di prima generazione* in cui attore unico era l'Ente pubblico e dopo quello di seconda

*generazione* di cui stiamo facendo ancora esperienza in cui centrale è il binomio ente pubblico-privato sociale, al futuro *Welfare di terza generazione* in cui il dialogo diventa organicamente a tre con la valorizzazione organica, sistematica e ufficiale delle risorse familiari.

**8) L'analisi dei costi da sostenere per gli interventi di natura socio-assistenziale da erogare in ADI, con indicazione dei costi a carico del cofinanziamento.**

Si prevede una utenza potenziale nel Distretto socio sanitario per anni uno pari a 80 unità:

Comuni	Utenza
Ragusa	60
Chiaramonte Gulfi	5
Giarratana	5
Monterosso Almo	5
Santa Croce Camerina	5

All'interno del patto di accreditamento è stato concordato con le centrali cooperative ed i sindacati di categoria, un costo orario di € 20,00 lordi (spese personale, spese di gestione, Iva).

Considerando la media di 3 ore e 15 minuti settimanali di assistenza si avrà:

- € 20,00 x 3 ore e 15 minuti sett.li x 52 settimane x 80 utenti = € 270.400,00
- Costo a carico del Distretto : € 70.478,71
- Contributo regionale : € 199.921,29

### Conclusione

*"Relativamente ai servizi di cura per gli anziani, il QSN (Quadro Strategico Nazionale) ha individuato un indicatore statistico per il quale è stato posto il target del 3,5% di assistiti sul totale della popolazione di età superiore ad anni 65 il cui raggiungimento rappresenterà un concreto segnale di miglioramento della qualità della vita dei cittadini"* (DPRS del 26 gennaio 2011).

In questo senso il modello ADI sviluppato da anni nel Distretto D44 ed analiticamente descritto nella presente proposta progettuale rappresenta sicuramente un riferimento a livello regionale (così come si legge nel più volte citato DPRS).

L'augurio è che tale **sistema di buone prassi sanitarie e sociali** fondato su una "antica" e consolidata collaborazione ed integrazione tra sanitario e sociale, possa continuare a ricevere la copertura finanziaria di cui necessita, anche forte del fatto che le procedure sanitarie e sociali in esso inserite sono tutte orientate oltre che alla ricerca di standards qualitativi elevati, anche a criteri rigorosi di efficienza, efficacia ed economicità.



Per l'Ufficio di Piano Distrettuale  
Il Funzionario Capo Servizio  
Sig.ra Maria Grazia Camillieri



Regione  
Sicilia



Comuni di



Ragusa



Chiaramonte  
Gulfi



Giarratana



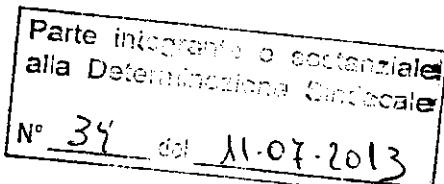
Monterosso  
Almo



S. Croce  
Camerina



ASP Ragusa



## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D44

(Ragusa, Chiaramonte Gulfi, Giarratana, Monterosso Almo e Santa Croce Camerina)

# ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO

**Ratifica inserimento progetto di  
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)  
denominato “Partita Doppia” nel  
Piano di Zona e nel Bilancio di  
Distretto – triennio 2010/2012**





Regione  
Sicilia



Comuni di



Ragusa



Chiaramonte  
Gulfi



Giarratana



Monterosso  
Almo



S. Croce  
Camerina



ASP Ragusa

L'anno duemilatredici il giorno nove del mese di luglio alle ore 11,30 nei locali dell'Assessorato Servizi Sociali del Comune di Ragusa sono presenti:

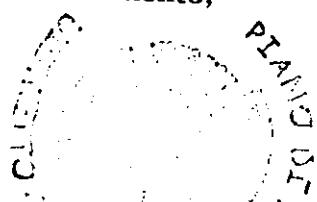
Ragusa - Comune capofila	Assessore delegato Brafa Misicoro Giovanni Flavio
Chiaramente Gulfi	Sindaco - Fornaro Vito
Giarratana	Assessore delegato Fiore Grazia
Monterosso Almo	Sindaco Buscema Paolo
Santa Croce Camerina	Vice Sindaco Francesco Corallo - delegato
A. S. P. di Ragusa	Direttore Sanitario Brugaletta Salvatore - delegato

### Premessa

- Visto l'art. 1 della legge 328/00 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" che introduce principi di profonda innovazione dello stato sociale;
- Visto l'art. 18 della medesima legge che prevede l'adozione del piano nazionale e dei piani regionali degli interventi e dei servizi sociali;
- Visto il DPRS 04/11/02 relativo al documento "linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Sicilia";
- Visto il Quadro Strategico Nazionale 2007/2013 che individua tra gli obiettivi di servizio, destinati ad un miglioramento della qualità di vita dei cittadini, quello della presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata;
- Visto il D.P. n. 61 del 02/03/09 con cui viene approvato il Programma regionale delle Politiche sociali e socio-sanitarie 2010-2012;
- Visto l'art. 34 del T.U.E.L. (D.lgs 267/2000) il quale prevede che amministrazioni statali ed altri soggetti pubblici sottoscrivano accordi di programma "... per la definizione e l'attuazione di opere, di interventi o di programmi di intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione d'intervento coordinato";
- Visto il D.P. 26/01/11 che approva le "Linee Guida regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari" con l'obiettivo di favorire l'integrazione delle politiche sociali e socio-sanitarie regionali e di individuare meccanismi regolativi adeguati tra i diversi livelli istituzionali coinvolti;
- Visto il DDG n. 1018/Serv. 2° del 28/05/12 di approvazione delle Direttive per l'accesso alle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, destinate all'attivazione o all'implementazione delle prestazioni di natura socio-assistenziale attivate nell'ambito del servizio di Assistenza domiciliare integrata";
- Visto il DDG n. 619/Serv. 2° del 15/05/2013 di approvazione degli elenchi delle proposte progettuali presentate a valere del predetto DDG n.1018/12 e dei progetti ammessi a contributo;

### Preso atto

- che il progetto presentato dal Distretto socio-sanitario D44, denominato "Partita Doppia" risulta collocato al 2° posto con il punteggio di 81,72 per un finanziamento di €.199.921,29
- che la Regione Sicilia con nota n. 22436 del 30/05/13 ha invitato questo Distretto a rimodulare il progetto e rideterminare le attività da programmare mantenendo invariate la durata e l'incidenza percentuale del cofinanziamento;





Regione  
Sicilia



Comuni di



Ragusa



Chiaramonte  
Gulfi



Giarratana



Monterosso  
Almo



S. Croce  
Camerina



ASP Ragusa

- che il Comitato dei Sindaci della seduta del 09/07/13 ha approvato il progetto rimodulato, secondo le indicazioni regionali;
- che il costo complessivo del progetto ammonta ad €. 270.400,00 di cui €.199.921,29, quale contributo regionale ed €.70.478,71, quale cofinanziamento dei Comuni;

**Tutto ciò premesso e considerato, tra le parti si conviene e si stipula il seguente Accordo di Programma**

**Art. 1 – Premessa** – La premessa è parte integrante del presente accordo e vale patto.

**Art. 2 - Campo di applicazione dell'accordo** – Il presente Accordo di programma è finalizzato ad integrare quello che ha approvato il Piano di Zona 2010/2012 ratificando l'inserimento del progetto ADI finanziato dalla Regione nello stesso documento di programmazione e nel bilancio di Distretto. L'inclusione del predetto progetto integra di €. 199.921,29 il Fondo Nazionale delle Politiche Sociali e di €.70.478,71 il cofinanziamento dei Comuni.

**Riepilogo:**

Piano di zona – Triennio 2010/2012 – FNPS -	€.2.465.466,00
FNPS - progetto ADI	€. 199.921,29
<b>TOTALE</b>	<b>€. 2.665.387,29</b>
Piano di zona – Triennio 2010/2012 – Cofinanziamento -	€.882.279,00
Cofinanziamento progetto ADI	€. 70.478,71
<b>TOTALE</b>	<b>€. 952.757,71</b>

**Art. 3 - Impegni dei soggetti firmatari** – L'attuazione del presente Accordo avviene ad opera dei singoli soggetti firmatari, i quali si impegnano espressamente a svolgere le funzioni di loro competenza, secondo le modalità previste dall'accordo stesso e da quanto specificato nel Regolamento Integrato tra il Distretto sanitario di Ragusa e il Distretto socio-sanitario D44 per il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata e nel progetto ADI "Partita Doppia", nonché a cooperare per superare gli eventuali ostacoli di ordine tecnico-amministrativo, procedurale e organizzativo.

L'accordo viene stipulato ai fini della ratifica dell'inserimento del progetto finanziato, nel Piano di Zona socio-sanitario del Distretto D44 e nel bilancio di distretto – triennio 2010/2012.

**Art. 4 - Assetto istituzionale** – Il soggetto istituzionale che promuove e cura la programmazione e gestione delle politiche sociali del Distretto socio-sanitario D44 è il Legale Rappresentante del Comune capofila d'intesa con il Comitato dei Sindaci.

Al Comitato dei Sindaci compete di:

- ◊ verificare il raggiungimento degli obiettivi attraverso le valutazioni dei risultati delle azioni di monitoraggio del Piano di Zona;
- ◊ approvare eventuali rinmodulazioni delle azioni del piano stesso, sulla base delle esigenze che si dovessero verificare, su proposta del Gruppo piano e fermi restando gli obiettivi come definiti nell'accordo di programmazione;



Regione  
Sicilia



Comuni di



Ragusa



Chiaramonte  
Gulfi



Giarratana



Monterosso  
Almo



S. Croce  
Camerina



ASP Ragusa

- ◊ la stipula di protocolli d'intesa o altri accordi con terzi non partecipanti all'accordo di programma;
- ◊ rimuovere gli ostacoli di ordine tecnico amministrativo e procedurale per assicurare agli interventi previsti, percorsi e tempi certi di attuazione;
- ◊ attuare una piena e costante collaborazione con gli enti firmatari per il conseguimento degli obiettivi dell'Accordo;
- ◊ provvedere, con le risorse e le compatibilità economiche previste nelle parti relative la programmazione economica, alla realizzazione degli interventi socio-sanitari;
- ◊ valorizzare e sostenere le responsabilità familiari e in particolare la libera assunzione di responsabilità, le capacità genitoriali, le pari opportunità e la condivisione delle responsabilità tra uomo e donna, la visione positiva della persona anziana e della persona disabile;

I Comuni del Distretto D44 e all'ASP di Ragusa svolgono funzioni di programmazione e di valorizzazione delle politiche sociali integrate e di tutte le attività sociosanitarie e di integrazione con le attività socio-assistenziali per il perseguimento del benessere del cittadino, per promuovere e garantire la tutela della salute, per il superamento di stati di emarginazione, disagio e sofferenza.

**Art. 5 - Gruppo di Piano distrettuale** - Il Gruppo Piano è la struttura organizzativa deputata alla redazione e gestione del Piano di Zona e strumento operativo del Distretto socio-sanitario.

Le competenze assegnate al gruppo di piano sono quelle già risultanti dagli accordi di programma precedentemente stipulati, nonché dal regolamento di funzionamento dell'organismo, redatto ed approvato con delibera del Comitato dei sindaci, nel corso delle attività di programmazione dei Piani di Zona.

**Art. 6 - Personale per il Gruppo di Piano** – L'utilizzo del personale per il Gruppo di Piano distrettuale avviene sotto la responsabilità funzionale ed organizzativa del coordinatore dello stesso.

Per il personale impiegato restano ferme la dipendenza amministrativa e i vincoli dello stato giuridico propri dell'Amministrazione di appartenenza, laddove tale personale sia dipendente di una delle amministrazioni locali interessate.

**Art. 7 - Ufficio di piano distrettuale** – In continuità con quanto indicato nei Piani di zona precedenti, le parti si impegnano a consolidare il ruolo dell'ufficio di piano distrettuale.

L'ufficio di piano in quanto struttura organizzativa a supporto dell'attività programmativa di zona, opera in un'ottica integrata e di partecipazione attiva di tutti i soggetti presenti sul territorio. L'ufficio di piano è formato dai funzionari (personale amministrativo e tecnico) dei Comuni del distretto.

**Art. 8 - Collegio di Vigilanza dell'Accordo di Programma** – La vigilanza sul rispetto degli obblighi del presente accordo è demandata ad un collegio di cui faranno parte i seguenti componenti:

- ◊ Sindaco del Comune di Ragusa
- ◊ Vice Sindaco del Comune di Chiaramonte Gulfi

Piccitto Federico  
Laura Turcis

PIANO DI  
ZONA  
DISTRETTO  
D44



Regione  
Sicilia



Comuni di



Ragusa



Chiaramonte  
Gulfi



Giarratana



Monterosso  
Almo



S. Croce  
Camerina



ASP Ragusa

- ◊ Vice Sindaco del Comune di Giarratana
- ◊ Vice Sindaco del Comune di Monterosso Almo
- ◊ Sindaco del Comune di Santa Croce Camerina
- ◊ Direttore Generale ASP - Ragusa -

Letizia Leggio  
Salvatore Noto  
Francesca Iurato  
Aliquò Angelo

Il collegio di vigilanza, una volta appurati ritardi o negligenze nella realizzazione degli interventi, provvede a darne comunicazione agli altri soggetti firmatari dell'accordo, al fine di concordare soluzioni o interventi da adottare, ivi inclusa la possibilità di proporre le necessarie modifiche al presente accordo.

**Art. 10 - Eventuale procedimento di arbitrariato** – Le vertenze che dovessero sorgere fra le parti che sottoscrivono l'Accordo di Programma e che non possono essere risolte conseguentemente in via amministrativa, saranno definite da un collegio di tre arbitri di cui uno nominato dal presidente del Tribunale di Ragusa, con funzioni di Presidente e uno ciascuno in rappresentanza delle parti.

**Art. 11 – Pubblicazione** – Il presente accordo di programma integrativo e i relativi atti allegati saranno pubblicati all'Albo Pretorio di tutti i Comuni del Distretto e a quello dell'ASP.

**Art. 12 – Durata** – Il presente Accordo di Programma ha durata correlata all'ultimazione dei programmi e degli interventi previsti nel Piano di Zona 2010/2012 ed all'attuazione del progetto ADI.

**Art. 13 - Norme di rinvio** – Per quanto non previsto dal presente Accordo si rinvia alla vigente disciplina generale in materia.

**In fede e a piena conferma di quanto sopra, le parti si sottoscrivono come segue:**

Ente	Firma
Comune di Ragusa	<i>[Signature]</i>
Comune di Chiaramonte Gulfi	<i>[Signature]</i>
Comune di Giarratana	<i>[Signature]</i>
Comune di Monterosso Almo	<i>[Signature]</i>
Comune di Santa Croce Camerina	<i>[Signature]</i>
Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa	<i>[Signature]</i>