

DISTRETTO PIANURA EST

SISTEMA INTEGRATO TERRITORIALE

SOCIALE, SOCIO-SANITARIO E SANITARIO

Convenzione fra i Comuni e l'Azienda Usl di Bologna

I Comuni del Distretto Pianura EST: Argelato, Baricella, Bentivoglio, Budrio, Castel Maggiore, Castello d'Argile, Castenaso, Galliera, Granarolo dell'Emilia, Malabergo, Minerbio, Molinella, Pieve di Cento, San Giorgio di Piano e San Pietro in Casale, rappresentati dai rispettivi Direttori/Responsabili Aree Servizi alla Persona;

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna rappresentata dal Direttore del Distretto Pianura EST;

Richiamate le seguenti normative:

- La Legge 8.11.2000 n. 328 " Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" ed in particolare gli art. 6 (Funzioni dei Comuni) e art. 22 (Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali);
- La Legge regionale 12.03.2003 n. 2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", con particolare riferimento ai titoli II (Sistema integrato di interventi e servizi sociali) , III (Soggetti del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e IV per il riordino delle Ipad e la loro trasformazione in ASP (Aziende Servizi alla Persona);
- L'art. 7 della L.R. 12.05.1994 n. 19 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche", così come modificato dall'art. 57 della L.R. n. 2/2003;
- La Legge Regionale 23.12.2004 n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale" in particolare l'art. n. 4 (Distretti Sanitari);
- Il Piano regionale sociale e sanitario 2008/2010;
- La Legge Regionale 19/2/2008 n.4 "Disciplina degli accertamenti della disabilità - ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale"- art.23 Norme in materia di accreditamento dei servizi e delle strutture socio-sanitarie;

Premesso che:

- il 30 gennaio 2004 i Sindaci dei Comuni ed il Direttore del Distretto "Pianura EST" hanno sottoscritto l'Accordo di programma per la realizzazione del modello "Delega Partecipata", finalizzato alla ridefinizione delle funzioni delegate all'Azienda USL ed alla costruzione di un nuovo e più efficace sistema di rapporti e di comunicazione fra AUSL e Comuni, improntato alla massima integrazione nella fase di programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali;
- in data 30 giugno 2004 è stata sottoscritta la "Convenzione fra i Comuni e l'Azienda USL di Bologna del Distretto Pianura Est per la gestione di attività e servizi socio-assistenziali: modello delega partecipata", per il periodo 1.07.2004 - 31.12.2006, termine entro il quale, come previsto dall'Accordo di programma, si concludeva la fase di sperimentazione;
- nel seminario conclusivo della fase sperimentale è stata condivisa da Comuni e AUSL la proposta di modificare il nome del modello gestionale in "SISTEMA INTEGRATO

TERRITORIALE SOCIALE, SOCIO-SANITARIO E SANITARIO”, riconoscendo il buon livello di integrazione raggiunto e l’efficace sistema a rete realizzato nei servizi;

- i Comuni e l’Azienda USL di Bologna hanno quindi approvato una nuova convenzione “SISTEMA INTEGRATO TERRITORIALE SOCIALE, SOCIO SANITARIO E SANITARIO ” per il periodo 01/01/2007 - 31/12/2010;
 - il Comitato di Distretto, nella seduta del 21 Ottobre 2010 ha deciso di procedere al rinnovo per il periodo dal 1/1/2011 al 31/12/2012 della Convenzione sopra richiamata per due strategiche ragioni e precisamente:
 - a) l’implementazione dal 2011 dell’istituto dell’Accreditamento che riguarda i servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari rivolti agli anziani e ai disabili, che modifica in modo significativo la gestione dei servizi della rete;
 - b) l’avvio di un percorso condiviso per l’unificazione delle due ASP Galuppi-Ramponi e Donini-Damiani in una unica Azienda, così come previsto nel Programma distrettuale di trasformazione delle IPAB in ASP;
- e per permettere una concreta valutazione sull’impatto che questa riorganizzazione avrà sul sistema integrato territoriale relativamente alla gestione ed erogazione dei servizi

Tutto ciò premesso:

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE:

Articolo 1 Principi generali

Il sistema integrato locale degli interventi socio-sanitari si compone di un insieme di servizi ed attività programmati e realizzati in modo integrato e coordinato nei diversi settori che riguardano la vita delle persone, con l’obiettivo prioritario di rispondere in modo globale ai loro bisogni facilitando l’accesso dei cittadini alla rete dei servizi.

In armonia con le recenti normative nazionali e regionali, già citate in premessa, il sistema ha carattere di universalità e si basa sui principi di cooperazione e promozione della cittadinanza, operando per assicurare il pieno rispetto dei diritti ed il sostegno della responsabilità delle persone e delle famiglie.

In particolare intende perseguire le seguenti finalità:

- a) rispetto della dignità della persona e garanzia di riservatezza;
- b) prevenzione, contrasto e rimozione delle cause di emarginazione sociale;
- c) garanzia dell’equità nell’erogazione delle prestazioni e degli accessi;
- d) flessibilità, personalizzazione ed adeguatezza degli interventi, nel rispetto del diritto di scelta degli interessati;
- e) sviluppo e qualificazione dei servizi sociali, anche attraverso l’aggiornamento costante del personale;
- f) valorizzazione della cooperazione fra i diversi soggetti coinvolti nel sistema locale integrato, col coinvolgimento del Terzo settore (Cooperazione sociale, Associazioni di promozione sociale, Volontariato);
- g) integrazione e raccordo con altri servizi del territorio, con particolare riferimento a quelli sanitari, educativi, del lavoro, abitativi;
- h) ricerca costante dell’innovazione nell’individuazione dei bisogni e nell’adeguatezza degli interventi.

Per la realizzazione delle attività e dei servizi sociali in forma unitaria ed integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell’operatività per progetti, della verifica dei risultati in termini di qualità ed efficacia.

Articolo 2

Sistema Integrato Territoriale sociale, socio-sanitario e sanitario

I Comuni garantiscono e promuovono la realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, al fine di dare risposta ai bisogni della popolazione, con il potenziamento della fase di programmazione distrettuale e garantendo il collegamento e la congruità dei vari strumenti di pianificazione territoriale (Piani Zona per la salute ed il benessere sociale, Programma delle trasformazioni aziendali dalle Ipab alle ASP, Orientamenti per l'implementazione dell'Istituto dell'Accreditamento dei servizi sociosanitari per anziani e disabili nel Distretto Pianura Est e definizione del relativo fabbisogno).

Il sistema integrato comprende l'insieme delle prestazioni e delle attività socio-assistenziali, finalizzate alla promozione sociale e a sostenere, affiancare, aiutare le persone e le famiglie e rispondere ai loro bisogni.

I Comuni e l'Azienda USL del Distretto Pianura Est, nell'ambito del percorso di rivalutazione e ridefinizione delle modalità di erogazione dei servizi sociali contenuto nel Piano di Zona, scelgono di confermare le linee di intervento del modello della "Delega partecipata", attraverso l'approvazione del modello denominato "Sistema Integrato Territoriale sociale socio-sanitario e sanitario". Tale processo si conferma in linea a quanto previsto dall'articolo 3 comma 3 del D.Lgs 502/92 così come integrato e modificato dal D.Lgs 229/99 e da quanto previsto dalla Legge Regionale 2/2003 art. 17 e all'art. n. 4 della Legge Regionale 29/2004.

L'idea di "Sistema Integrato Territoriale" conferma e sottolinea la centralità della persona che deve essere collocata nel luogo in cui questa vive, nel suo contesto di riferimento familiare, sociale e sanitario. Il modello conferma il ruolo del Comune quale riferimento territoriale di primo accesso e di individuazione del bisogno per il cittadino e il ruolo del Distretto Socio Sanitario quale depositario della funzione specialistica di valutazione multiprofessionale e multidisciplinare degli interventi socio-sanitari.

L'integrazione viene resa possibile da un sistema che mette in rete le professionalità dei Comuni e dell'Azienda, costruendo metodi condivisi di progettazione, intervento, monitoraggio e verifica al fine di coniugare in modo coerente gli aspetti socio-assistenziali con quelli di tipo socio sanitario e diagnostico valutativo.

Tale processo si attua attraverso il Tavolo di Raccordo Tecnico/gestionale composto dai Direttori e dai Responsabili delle Aree e dei Servizi Comunali, dal Responsabile del Servizio Sociale Distrettuale coadiuvato dai Responsabili delle Unità Socio Sanitarie Integrate (USSI), a supporto del Tavolo Tecnico Politico dei Piani di Zona. Dal punto di vista operativo il Tavolo di Raccordo potrà essere articolato in specifiche Commissioni di Area.

Articolo 3

Funzioni gestite dai Comuni

I Comuni gestiscono direttamente le funzioni di primo accesso e filtro del cittadino attraverso la costituzione di un Sistema integrato di Sportelli Sociali, come previsto dalla L.R. n.2/2003, e tutte le funzioni non espressamente delegate nei successivi articoli.

Lo Sportello Sociale quale modalità di accesso al modello locale dei servizi a rete e al fine di contribuire alla realizzazione dell'integrazione sociale e sanitaria, si avvale delle figure professionali, tecniche ed amministrative necessarie tra cui la figura dell'Assistente Sociale/Responsabile del Caso.

Le figure professionali specifiche - Assistenti Sociali/Responsabili del Caso - provvedono, di concerto con le Unità Socio Sanitarie Integrate (USSI), alla definizione e gestione dei progetti personalizzati a valenza socio-assistenziale e socio-sanitaria, rispetto a tutte le aree dell'intervento sociale.

La comunicazione e l'integrazione fra i Comuni e l'Azienda viene garantita da un sistema informatico condiviso a livello provinciale che prevede l'estensione del modulo GARSIA anziani alle altre aree e l'attivazione dell'Osservatorio del bisogno.

Articolo 4

Funzioni delegate all'AUSL di Bologna - Distretto Pianura Est

All'Azienda Sanitaria Locale di Bologna - Distretto Pianura Est - vengono delegate tutte le funzioni di valutazione multi-professionale e multi-disciplinare (che prevedono l'intervento di figure professionali sanitarie e l'uso di strumenti di valutazione di tipo clinico/assistenziale sanitario), la definizione e gestione di progetti a valenza socio-sanitaria in particolare dove il momento di diagnosi, prognosi, cura e riabilitazione si intreccia in modo inscindibile con il piano assistenziale di recupero e / o di mantenimento delle autonomie e delle capacità. La condivisione dei progetti rende operativa la circolarità della comunicazione tra i diversi professionisti permettendo interconnessioni nei diversi sistemi di rete (Azienda Usl e Comuni). Sarà Cura degli Assistenti Sociali/Responsabili del Caso condividere i flussi informativi all'interno dell'Ente di appartenenza.

In particolare rispetto alle varie Aree, sono delegate le seguenti funzioni:

Area Minori e famiglia

- 1) *Valutazione multidimensionale e multiprofessionale della condizione del minore e della famiglia con particolare riferimento delle capacità genitoriali;*
- 2) *Sostegno e recupero delle competenze genitoriali anche mediante la definizione e gestione (in raccordo con le Amministrazioni Comunali e con la Scuola) di progetti personalizzati;*
- 3) *Segnalazione all' Autorità Giudiziaria delle situazioni di possibile pregiudizio per i minori;*
- 4) *Gestione dei rapporti con l' Autorità Giudiziaria in caso di possibile o accertato pregiudizio di minori;*
- 5) *Gestione dei Provvedimenti dell' Autorità Giudiziaria di limitazione o decadenza della potestà genitoriale;*
- 6) *Allontanamento di minori dal nucleo familiare;*
- 7) *Definizione e gestione di progetti di tutela del minore in caso di nuclei familiari soggetti a provvedimenti di limitazione o decadenza della potestà genitoriale;*
- 8) *Adozione nazionale ed internazionale di minori;*
- 9) *Affido di minori;*
- 10) *Gestione strutture socio-assistenziali e socio-educative rivolte all' accoglienza residenziale di minori allontanati dal nucleo familiare o reperiti in stato di abbandono sul territorio;*
- 11) *Gestione di Progetti contenuti nei programmi operativi del Piano di zona.*

Area disabili adulti

- 1) *Valutazione multi-dimensionale e multi-professionale della condizione di disabilità in favore di cittadini residenti di età compresa tra i 18 e i 64 anni finalizzata alla definizione di progetti di recupero, riabilitazione, mantenimento delle autonomie inserimento e reinserimento sociale;*
- 2) *Definizione e gestione di progetti socio-sanitari ed educativi a sostegno della permanenza a domicilio o di percorsi di deistituzionalizzazione di disabili compresa l' erogazione di*

- contributi economici finalizzati alla acquisizione di aiuto domestico o alla realizzazione di interventi mirati a favorire percorsi di autonomia e recupero sociale;*
- 3) *Definizione, gestione e verifica di progetti socio-riabilitativi e socio-educativi mirati alla valutazione delle autonomie personali per l' inserimento o reinserimento lavorativo compreso l' inserimento in Laboratori Protetti, Coop.ve Sociali e l' attivazione di Borse Lavoro;*
 - 4) *Definizione, gestione e verifica di progetti personalizzati di inserimento lavorativo presso Aziende ed Enti compresa l' attività di raccordo con la struttura produttiva;*
 - 5) *Attività di raccordo con l' Ufficio Provinciale di Collocamento Invalidi;*
 - 6) *Definizione e gestione e verifica di progetti socio-sanitari ed educativi anche di gruppo ed in collaborazione con le Agenzie del Territorio (Associazioni di volontariato, Associazioni sportive etc) e volti alla integrazione e reinserimento sociale;*
 - 7) *Definizione, gestione e verifica di progetti personalizzati di inserimento di disabili in strutture residenziali e semiresidenziali a valenza socio-assistenziale o socio-riabilitativa;*
 - 8) *Assistenza per i percorsi di inabilitazione e interdizione, rapporti con l' Autorità Giudiziaria e gestione dei Provvedimenti di Interdizione ed inabilitazione;*
 - 9) *Assistenza e sostegno psicologico in favore dei disabili e delle loro famiglie;*
 - 10) *Gestione e erogazione degli assegni di cura;*
 - 11) *Gestione di Progetti contenuti nei programmi operativi del Piano di zona.*

Articolo 5

Gestione Area Anziani

Per l'**Area Anziani** è prevista la gestione diretta e completa da parte dei Comuni con l'eccezione rappresentata dai progetti finalizzati, contenuti nei programmi operativi del Piano di Zona, per i quali è prevista la gestione da parte dell'Azienda sanitaria.

Per l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie a favore delle persone anziane (Servizio Assistenza Anziani) e delle relative Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) è confermata l'attuale struttura, organizzazione, collocazione e funzione, rispondente ai principi ed ai contenuti della normativa ed agli atti di indirizzo regionali di settore.

Il Servizio Assistenza Anziani, collocato dal punto di vista organizzativo nel Distretto, continuerà le funzioni che gli sono proprie di gestione della Rete dei Servizi Socio Sanitari Integrati (Case residenza, Centri Diurni, Assistenza Domiciliare Integrata, Assegno di Cura, attivazione PAI, ricoveri di sollievo, Dimissioni Protette) assicurando il coordinamento tecnico delle Responsabili del caso per le funzioni territoriali (accesso alla rete, gestione progetti Assistenza Domiciliare Integrata e Assegno di cura) e dei Coordinatori delle strutture con i referenti tecnico/organizzativi distrettuali della assistenza sanitaria.

L'organizzazione e la gestione della rete dei servizi è regolata dallo specifico "Accordo di programma", previsto dalla L.R. n.5/1994, fra i Comuni, gli Enti pubblici gestori di strutture residenziali e semiresidenziali per non autosufficienti e l'Azienda USL.

Articolo 6

La struttura distrettuale

Il Comitato di Distretto, supportato dal Tavolo di coordinamento integrazione e raccordo dei Piani di Zona e dal Nuovo Ufficio di Piano, svolge la funzione di programmazione strategica ed ha il ruolo di indirizzo a garanzia dell'integrazione e della visione unitaria dei problemi. Svolge inoltre funzioni di monitoraggio e verifica dell'intero sistema socio-assistenziale e socio-sanitario integrato.

Il Direttore di Distretto è responsabile della organizzazione, gestione ed erogazione delle funzioni e delle prestazioni socio-assistenziali delegate e delle funzioni e prestazioni socio-sanitarie

integrate. Egli si rapporta direttamente al Comitato dei Sindaci anche quale garante dell'integrazione socio-sanitaria a livello distrettuale. Il Direttore di Distretto è coadiuvato dal Direttore dell'Area Socio Sanitaria distrettuale cui compete la funzione di sovrintendere la produzione delle attività e delle prestazioni. In tale compito egli si avvale dei Responsabili di Unità Socio Sanitarie Integrate (USSI).

La garanzia della continuità assistenziale vede operativa una metodologia e un approccio multidimensionale e integrato dove i differenti sistemi degli interventi socio assistenziali, socio-sanitari e quelli sanitari si strutturano inscindibilmente al fine di garantire la tutela della salute intesa in modo complessivo e globale della persona e della famiglia.

In ambito distrettuale sono pertanto attivate Equipres multiprofessionali per Area di attività. L'Assistente Sociale comunale, in qualità di responsabile del caso, si confronta con esse quale professionista membro dell'equipe, partecipando al processo di definizione e gestione del progetto di intervento individualizzato.

I processi e i percorsi operativi vengono delineati dai protocolli operativo metodologici. Le eventuali proposte di ridefinizione e di modifica dei protocolli stessi dovranno essere discusse all'interno delle attività di coordinamento tecnico di area ed approvati in via definitiva dal Tavolo di Raccordo Tecnico/gestionale che comprende Comuni e Azienda Usl.

Si individuano inoltre, nell'ambito dell'attività di coordinamento tecnico di area, momenti di verifica e, se necessarie, proposte di ridefinizione e di miglioramento dei protocolli stessi.

Articolo 7

Il bilancio sociale del sistema - Le risorse finanziarie - La quota associativa

Il bilancio sociale, riferito al modello di "Sistema Integrato Territoriale", diventa la somma delle spese sostenute dai Comuni direttamente, di quelle previste dal programma operativo dei Piani di Zona e di quanto trasferito all'Azienda USL per la gestione delle funzioni delegate così come previsto dall'articolo 3 comma 3 del D.Lgs 502/92 e dall'art. n. 4 della L.R. n. 29/2004.

Per la gestione delle somme trasferite l'Azienda USL opera utilizzando gli strumenti e secondo le procedure previste della vigente normativa nazionale e regionale.

Annualmente, a copertura dei costi relativi alla gestione delle funzioni delegate in ambito socio assistenziale, viene stabilita una quota associativa (definita su base capitaria tenendo conto della popolazione residente sulla base dell'ultima rilevazione disponibile).

Entro il mese di Ottobre il Tavolo di Coordinamento del Piano di Zona, sentito il Tavolo di Raccordo Tecnico/gestionale, sottopone al Comitato di Distretto, in riferimento all'anno successivo, una relazione contenente la proposta programmatica, gli standard di prestazioni e l'ammontare della quota associativa necessaria per garantire la copertura integrale degli oneri finanziari per la gestione dei servizi delegati.

A cadenza trimestrale è previsto nell'ambito del Tavolo di Coordinamento del Piano di Zona il monitoraggio della proposta economica approvata dal Comitato di Distretto attraverso l'analisi dei dati di attività strutturati per Area di intervento e per Comune. I dati di attività del servizio distrettuale verranno trasmessi ogni trimestre a tutti i Comuni del Distretto, articolati per tipologia di attività e per bacino territoriale comunale.

Ulteriori progetti di interventi socio-assistenziali, non previsti nel documento programmatico sopra indicato, approvati nel Piano di Zona o previsti da norme specifiche potranno essere delegati nella realizzazione all'AUSL previa definizione delle relative risorse finanziarie aggiuntive.

Fermo restando il vincolo della preventiva ed anticipata acquisizione, da parte dell'Azienda USL delle risorse economiche necessarie alla gestione delle funzioni delegate come previsto dall'art. 3 D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, il trasferimento delle quote associative dei Comuni all'Azienda viene effettuato dietro l'emissione di fatture o note di addebito per richiesta trasferimento fondi all'inizio di ogni trimestre (1° gennaio, 1° aprile, 1° luglio, 1° ottobre). I Comuni disporranno i pagamenti al ricevimento della fattura o nota di addebito.

Diverse modalità gestionali dei trasferimenti, rispetto a quelle sopra indicate, potranno essere definite in accordo tra le parti.

Entro il 31 ottobre, il Comitato di Distretto, sulla base dell'effettivo andamento gestionale come rappresentato in apposito documento predisposto dal Distretto Socio-Sanitario, preso atto delle proposte formulate dal Tavolo Tecnico politico del Piano di Zona in accordo con il Tavolo di Raccordo Tecnico/gestionale, può deliberare variazioni alla quota annuale definita o eventuali destinazioni di possibili economie.

Articolo 8

Verifica della gestione e flussi informativi

Il Tavolo di Raccordo Tecnico/gestionale, anche attraverso le specifiche commissioni d'area che lo compongono, ha il compito di analizzare l'andamento dei servizi e dei percorsi esistenti, individuando le criticità e le aree di miglioramento, con un metodo di verifica e monitoraggio complessivo del sistema che sappia tenere uniti il momento gestionale e l'evolversi continuo della realtà territoriale (nuovi bisogni, nuove tipologie di utenti, emergenze etc).

Il Tavolo di Coordinamento dei Piani di zona, sulla base delle valutazioni effettuate dal tavolo di Raccordo Tecnico/gestionale, predisporrà specifica relazione sull'andamento della gestione del Sistema Integrato Territoriale Sociale, Socio-Sanitario e Sanitario da presentare al Comitato di Distretto, entro il mese di Ottobre, contestualmente alla proposta programmatica per l'anno successivo.

L'integrazione e la condivisione dei flussi informativi è consentita dall'estensione del Progetto GARSIA a tutto il sistema locale degli interventi e dei servizi sociali a rete, nonché da altre modalità e sistemi condivisi.

Articolo 9

Durata della Convenzione

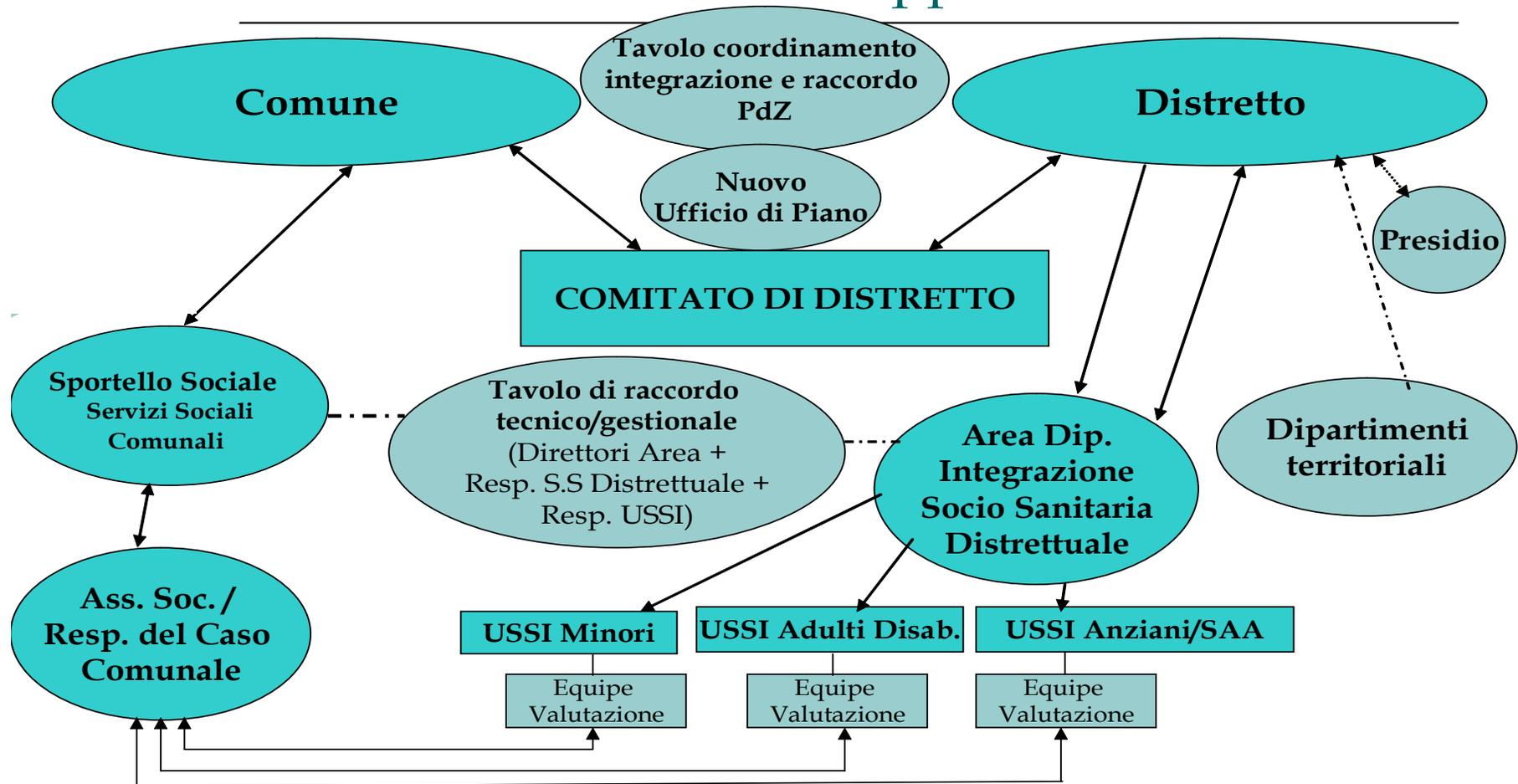
La presente Convenzione ha validità dal 01.01.2011 al 31.12.2012.

Qualora un Comune intendesse recedere dalla presente convenzione, in corso di esercizio e con preavviso di almeno 90 gg, resta a carico dello stesso l'intera quota associativa annua già definita.

L'AUSL può recedere, con preavviso di almeno 90 g.g. dalla Convenzione in caso di non ottemperanza da parte dei Comuni degli impegni ed oneri assunti e senza che ciò comporti pregiudizio economico o di servizio per i Comuni.

Assetto Istituzionale

Strutture di supporto



In fede ed a piena conferma di quanto sopra, le Parti si sottoscrivono come segue:

Comune di

Firma

ARGELATO

(Anna Campanini)

BARICELLA

(Stefania Raffini)

BENTIVOGLIO

(Valeria Barbieri)

BUDRIO

(Angela Petrucciani)

CASTEL MAGGIORE

(Fabrizio Mutti)

CASTELLO D'ARGILE

(Claudia Guidi)

CASTENASO

(Marina Gotti)

GALLIERA

(Gigliola Galuzzi)

GRANAROLO DELL'EMILIA

(Riccardo Barbaro)

MALALBERGO

(Sabrina Zamboni)

MINERBIO

(Fausta Nanni)

MOLINELLA

(Cristina Torreggiani)

PIEVE DI CENTO

(Antonella Benati)

SAN GIORGIO DI PIANO

(Giuliana Minarelli)

SAN PIETRO IN CASALE

(Raul Duranti)

AZIENDA USL

DIRETTORE DISTRETTO SOCIO-SANITARIO PIANURA EST

(Mario Antonio Lavecchia)

San Pietro in Casale, li _____