

PROTOCOLLO D'INTESA PER LA COSTITUZIONE
DEL CENTRO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE (CeAD)

Azienda Sanitaria Locale di Brescia - Ambito Distrettuale n. 6 Monte Orfano

Comuni di Adro, Capriolo, Colonia, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BRESCIA, di seguito ASL, con sede legale in
Brescia - Viale Duca degli Abruzzi, 15, codice fiscale e partita IVA n. 03436310175,
rappresentata dal Direttore Generale Dr. Carmelo Scarcella (o suo delegato)

e

IL COMUNE DI PALAZZOLO SULL'OGLIO, capofila dell'Ambiente Distrettuale n. 6
Monte Orfano, di seguito Ambito, nella rappresentanza dei Comuni di Adro, Capriolo,
Colonia, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio, con sede legale a Palazzolo

Premessa:

VISTA la legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario "ed, in particolare, l'articolo 2 che individua tra i principi e gli obiettivi che governano la rete delle unità di offerta sociale e sociosanitarie, intesa come insieme di servizi, prestazioni e strutture:

- a) la personalizzazione delle prestazioni, ai fini di una realtà e globale presa in carico della persona;
- b) la promozione degli interventi a soggetti in difficoltà, anche al fine di favorire la permanenza e il reinserimento nel proprio ambiente familiare;
- c) l'integrazione delle politiche sociali e sociosanitarie con le politiche sanitarie e di Settore;

VISTO l'articolo 6, comma 4 della lr 3/2008 che prevede che i comuni, in forma singola e associata, d'intesa con le ASL, organizzino imprese di segretariato sociale finalizzata alla presa in carico della persona con lo scopo di:

- a) garantire e raggiungere l'unitarietà di accesso;

accesso e sui relativi costi;

c) assicurare confidenziali nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, in particolare modo per le complesse e necessità di un pronto intervento sociale e di continuità assistenziale;

d) segnalazione complesse, affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo i criteri di integrazione e continuità assistenziale;

VISTA anche la competenza dei comuni, ai sensi dell'art. 13 della lr 3/2008, per quanto concerne la promozione di nuovi modelli gestionali chiusi della rete sociale;

VISTA la competenza della regione, ai sensi dell'articolo 20 della lr 3/2008, per quanto concerne la promozione di nuovi modelli gestionali chiavi della rete sociosanitaria;

VISTA la DGR n. VIII / 8551 del 3 dicembre 2008 "Determinazione in ordine alle linee di indirizzo per la programmazione dei piani di zona - 3 ° triennio "con cui sono state date ai comuni sull'organizzazione dell'attività di segretariato sociale;

VISTO l'allegato B della DGR 8243 del 22.10.2008 "Realizzazioni di interventi a favore delle famiglie e dei servizi socio-educativi per la prima infanzia. Attuazione della DGR n. 6001/2007 e della intesa del 14 febbraio 2008 "che prevede la e il rafforzamento di punti di accesso alle prestazioni e ai servizi, con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza, attraverso l'attivazione di progetti di integrazione tra il sistema sociosanitario e socio assistenziale da parte delle ASL in atto con gli ambiti distrettuali;

VISTO l'allegato C della DGR n. VIII / 9152 del 30 marzo 2009 "Determinazione in merito alla ripartizione delle risorse del fondo nazionale per le politiche sociali anno 2008, del fondo sociale regionale 2009 e del Fondo nazionale per le non autosufficienze 2008 ";

VISTO il DPEFR, approvato con DCR 29 luglio 2009 n. 870, che prevede:

- Il forte coinvolgimento delle ASL e dei comuni che, in modo integrato, Nascondi

collaborare per assicurare sul territorio l'integrazione delle politiche sociali con quelle sociosanitarie, delle informazioni e delle prestazioni al fine di prevedere la continuità assistenziale;

- l'integrazione delle prestazioni domiciliari sociosanitarie e sociali attraverso la sperimentazione di uno strumento condiviso tra Regione e Comuni, che
Le modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni da parte delle Famiglie;

PREMESSO CHE

2

Pagina 3

la Regione Lombardia, dalla lettura dei vari progetti presentati dalle ASL e dagli ambiti territoriali, per l'attuazione delle DGR sopraccitate, ha constatato la necessità di sviluppo dei modi di accesso

dei Piani di assistenza Integrati;

il Piano di zona dell'Ambito distrettuale n. 6 Monte Orfano, approvato dall'Assemblea dei Sindaci in data 25 marzo 2009, pone tra gli obiettivi strategici il miglioramento per i servizi sociosanitari e quelli socio assistenziali, da realizzarsi

concretamente anche attraverso la creazione di canali informativi e di strumenti per condividere le risorse del pensiero e ottimizzare la destinazione delle risorse.

Inoltre, il predetto Piano di Zona individua, quali obiettivi da eseguire nell'arco del triennio i seguenti:

1. migliorare l'integrazione tra operatori sociali e sociosanitari nella progettazione degli interventi a favore dei cittadini;
2. migliorare l'attività di orientamento dei cittadini nell'accesso ai servizi socio assistenziali e socio sanitari, anche verificando la possibilità di organizzare un

"Punto unico" di accesso e orientamento;

3. garantire uno scambio di informazioni con i MMG per quanto riguarda i servizi e offerte di prestazioni a favore dei cittadini;
4. nell'arco del periodo di vigenza del Piano di Zona definito regole uniformi a livello di ambito Distrettuale rispetto ai criteri di accesso ai vari servizi, alle modalità di fruizione degli interventi, alla partecipazione alla spesa da parte dei Cittadini;

PRESO ATTO CHE

in funzione di tale necessità la Regione Lombardia ha adottato la DGR n. VIII / 010.579 del 11 dicembre 2009, ad oggetto "Determinazione in ordine alla realizzazione del Centro per l'Assistenza Domiciliare nelle Aziende Sanitarie Locali ", con la quale dispone:

- di attivare entro il 31/12/2009, in ciascuna Azienda Sanitaria Locale, almeno un Centro per l'Assistenza Domiciliare (CeAD) con l'obiettivo di coordinare l'impiego di tutte le risorse e tutti gli interventi sociosanitari e sociali in ambito domiciliare;
- di identificare il Centro per l'Assistenza Domiciliare (CeAD) quale organismo di filtro e orientamento dell'utenza da snellezza organizzativa, elevata accessibilità e capacità di risposta rapida;
- di stato che ciascuna Azienda Sanitaria Locale, tramite protocollo d'intesa con il Comune capofila dell'ambito, sentito il Consiglio di rappresentanza dei Sindaci, giocare raccontare attività secondo modalità e strategie più adeguate al contesto territoriale;
- che il modello organizzativo adottato da ciascuna ASL deve essere trasmesso alla DG Famiglia e Solidarietà Sociale;
- che al termine della fase iniziale, che si concluderà entro il 28 febbraio 2010, le ASL porteranno a regime l'attività del Centro per Assistenza Domiciliare

(CeAD) organizzando in ogni ambito distrettuale l'espletamento delle relative FUNZIONI;

CONSIDERATO CHE:

- la realizzazione del Centro per l'Assistenza Domiciliare (CeAD) e le relative funzioni sono state condivise con l'associazione nazionale comuni italiani (ANCI) e con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative come da documentazione agli atti della DG Famiglia e Solidarietà Sociale;
- rendendosi necessario coordinare l'impiego di risorse del fondo sanitario e risorse sociali, è essenziale la presenza di un responsabile / referente che sia espressione dell'ASL e di un responsabile / referente che sia espressione dei comuni associati (Piano di Zona);
- nel caso in cui non è possibile raggiungere l'accordo tra i comuni del distretto per il costo del budget sociale, gli operatori del Centro per Assistenza Domiciliare (CeAD) si coordinano con i soggetti titolari a regolare l'uso delle risorse comunali per l'attivazione dei percorsi assistenziali
 - la certezza dei tempi di erogazione;
 - l'omogeneità delle risposte al bisogno;
- va sostenuto il "cambiamento culturale" degli operatori attraverso la formazione e fare storie tutti gli strumenti di informazione alle famiglie;
- il sistema di regolazione della spesa in ambito sociale sempre più di più essere sull'impiego dell'ISEE o su analoghi indicatori per l'accesso e la compartecipazione alle prestazioni, con criteri validi per tutti i comuni del distretto;
- le finalità e le funzioni del Centro per l'Assistenza Domiciliare (CeAD), di cui all'allegato "A" della sopraccitata DGR sono le seguenti:
 - o si rivolge prevalentemente alle persone anziane e disabili in condizioni di non

- o autosufficienza e alle loro famiglie;
- o può raccogliere le richieste sia dei genitori interessati
servizi presenti sul territorio (medici di base, specialisti, assistenti sociali, servizi di vicinanza, call center, ecc.);
- o verifica, un supporto ed in accordo con la famiglia, la tempestiva e corretta attivazione del Servizio Assistenza Domiciliare (SAD), dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), l'erogazione di voucher sociale e sociosanitario, buono sociale, assistente familiare, Centro Diurno Integrato (CDI), erogazione dei presidi e ausili;
- o compila ed aggiorna il Piano Assistenziale Individuale (PAI) ai pacchetti personalizzati di prestazioni domiciliari relative alle situazioni complesse;
- o orienta l'eventuale scelta del tipo di struttura (sia essa residenziale o no) e si coordina con la "Struttura Intermedia" per gestione di casi complessi che non hanno immediata soluzione (dimissioni ospedaliere, aggravamenti a domicilio, ecc.);

- o si interfaccia con le strutture sanitarie per favorire i percorsi necessari alla diagnosi e terapia anche in ambito specialistico e con la struttura dell'ASL di riferimento per la non autosufficienza e la fragilità;
- o promuove l'attivazione degli interventi complementari a sostegno della domiciliarità: servizi di prossimità quali, ad esempio, custode sociosanitario, servizi di supporto all'anziano e alla famiglia per la gestione delle procedure e delle pratiche amministrative (es. : versamenti e adempimenti, gestione assistente familiare, Imposte).

TENUTO CONTO CHE:

- nell'ASL di Brescia sono già attive le UCAM - Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale, organizzazione distrettuali multiprofessionali aventi l'obiettivo principale di supporto la famiglia ed il MMG / PLS nel garantire la continuità clinica, terapia ed assistenza ai pazienti con bisogni assistenziali e / o non autosufficienti, secondo un piano di intervento personalizzato, globale e condiviso;
- le suddette UCAM:
 - o sono organizzate secondo quanto definito con deliberazioni della Direzione Generale ASL di Brescia n. 366 del 23.05.2007 e n. 603 del 17.11.2009;
 - o cura secondo modalità, con gli strumenti e l'attivazione di servizi meglio specificati nell'apposito "Protocollo tecnico operativo per il All'Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale (UCAM) dell'ASL di Brescia - Novembre 2009 "di cui alla citata deliberazione della Direzione Generale ASL di Brescia n. 603 del 17.11.2009;
 - o si rapportano operativamente, secondo le caratteristiche ed i bisogni degli assistiti, con gli erogatori della rete sanitaria e socio-sanitaria attivando e / o autorizzando condotta servizi domiciliari sanitari e socio-sanitari;
 - o su proposta dei Comuni / Ambiti, come in modo integrato con il Servizio Sociale Comunale / d'Ambito riguarda alle situazioni che presentino bisogni non finiti sanitari;
- nell'Ambito Distrettuale n. 6 Monte Orfano gli interventi di competenza comunale / di Vedi riferimento ad esempio che punti di accesso e di erogazione integrata sul territorio, tramite i servizi sociali presenti in diversi dei sei Comuni dell'Ambito Distrettuale, punti di accesso che positivi:
 1. l'ascolto e la raccolta dei bisogni;
 2. la presa in carico dei cittadini e delle famiglie portatori di bisogni di carattere socioassistenziale e sociale;
 3. L'avvocato all'avvio dei servizi ed interventi di competenza della rete sociale (SAD, pasti, integrazione economica, ecc.);
 4. L'attività di segretariato sociale e di Servizio sociale professionale.

Arte. 1

(Oggetto del Protocollo e sede del CeAD)

Il presente Protocollo ha un oggetto la costituzione e l'avvio, un dato lontano dal 1 marzo 2010 nel territorio dell'Ambito Distrettuale n. 6 Monte Orfano, del Centro per l'Assistenza Domiciliare (CeAD) del Distretto / Ambito Distrettuale n. 6 Monte Orfano, finalizzato un coordinare l'impiego di tutte le risorse e tutti gli interventi sociosanitari e sociali in ambito domiciliare, secondo quanto indicato dall'Allegato A) alla DGR n. VIII / 010.759 del 11/12/2009.

Il CeAD ha sede presso la sede del Distretto di Palazzolo sull'Oglio o presso l'Ufficio di Piano dell'Ambito Distrettuale, in relazione alle esigenze definite di volta in volta.

Arte. 2

(Composizione, organizzazione e personale coinvolto)

Il coordinamento del CeAD di cui all'art. 1 è affidato alla responsabilità delle seguenti figura:

- il Direttore della DGD n. 4, per l'ASL (o suo delegato);
- il Responsabile dell'Ufficio di pianoforte (o suo delegato) per i Comuni associati nell'Ambito territoriale n. 6 Monte Orfano.

Il CeAD si configura quale organizzazione prevalentemente funzionale le cui funzioni e compiti sono assicurati dal personale messo a disposizione da parte dell'ASL e del Comune.

La gestione operativa delle operazioni complesse è invece affidata all'equipe operativa di base, le cui funzioni sono compiti al successivo art. 4.

Le sedi di riferimento del personale sono costituite dalle sedi proprie di ASL e Comuni / Ambito.

Arte. 3

(funzioni e compiti del CeAD)

Il CeAD si configura come organismo di coordinamento e integrazione delle unità di offerta domiciliari, con funzioni di verifica della rete dei servizi finalizzati a favore e informazioni gli interventi a favore della domiciliarità, con particolare riguardo alle persone anziane e in condizione di disabilità

In tal senso il CeAD ha il compito di:

1. promuovere e favorire la continuità assistenziale;
2. progettare pratiche condivise per presa in carico delle esigenze;
3. garantire la circolarità delle informazioni a favore dei cittadini;
4. tempi certi di presa in carico dei bisogni domiciliari da parte dei servizi sociali e sociosanitari;

5. progettare e conoscere prassi e modalità operative per raggiungere la presa in carico integrata dei bisogni domiciliari;

6. monitorare la coerenza dei budget previsti dai diversi soggetti istituzionali rispetto all'evoluzione dei bisogni di domiciliarità del territorio;
7. svolgere una funzione di monitoraggio rispetto ai diversi soggetti della rete domiciliare e intervenire nel caso in cui la rete non funzioni;
8. svolgere una funzione di sviluppo e stimolo rispetto alla definizione di criteri, procedura e tariffe omogenee sul territorio dell'Ambiente Distrettuale,
9. monitorare la funzionalità:
 - dei Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD);
 - Associazione Domiciliare Integrata (ADI);
 - dell'erogazione di voucher sociale e sociosanitario;
 - dell'erogazione del buono sociale;
 - lavoro dell'assistente familiare;
 - del Centro Diurno Integrato (CDI);
 - dell'erogazione dei presidi e ausili;
10. promuovere l'attivazione e la fruizione di interventi complementari a sostegno della domiciliarità, quali ad esempio:
 - servizi residenziali temporanei, diurni o notturni;
 - servizi di prossimità quali, ad esempio, custode sociosanitario;
 - servizi di supporto all'anziano e alla famiglia per la gestione delle procedure e delle pratiche amministrative attraverso l'incentivazione di forme di volontariato e di vicinato attivo (es. per versamenti e adempimenti, gestione assistente familiare, Imposte);
11. rendere disponibili le informazioni relative all'elenco dei servizi / interventi / prestazioni erogabili, modalità e criteri d'accesso, eventuali costi un carico sui siti web dell'ASL e dei Comuni / Ambito.

Annualmente il CeAD fa sintesi delle risorse preventivate / destinato all'attività domiciliare, dei criteri di accesso, dello stato di contribuzione a carico dei cittadini.

Arte. 4
(Modalità operativa)

Nella fase di avvio del Ce sono confermate le modalità di integrazione funzionale tra

l'UCAM distrettuale ed i Servizi Sociali Comuni / di Ambito al fine di realizzare, a favore dei soggetti con bisogni assistenziali e delle loro famiglie, la miglior integrazione degli interventi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali, oltre che la continuità assistenziale, attraverso la definizione di un Piano Assistenziale Individualizzato.

Per quanto riguarda le operazioni complesse, il livello di operatività è assicurato dalle figura seguente:

7

Pagina 8

- Responsabile UOI Anziani-Cure Domiciliari della DGD n. 4, del rimanente personale medico ed infermieristico afferente all'UCAM distrettuale, oltre che dell'assistente sociale distrettuale, laddove disponibile;
- personale sociale dei singoli Comuni dell'Amministrazione Distrettuale;
- referente di Ambito per l'area anziani, laddove disponibile;
- MMG / PLS

che l'interfaccia di base per la gestione dei casi complessi, avente i seguenti compiti:

- Valutare le situazioni con un apposito strumento multidimensionale e registrarle nell'archivio sia cartaceo che informatico, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali. La valutazione multidimensionale è, di norma, condotta previo accesso programmato, anche non contemporaneo, al domicilio dell'assistito da parte delle figura dell'equipe;
- Individuare per ogni situazione il case manager all'interno delle figure di riferimento;

- Stendere, un seguito della valutazione multidimensionale, il PAI relativo a bisogni sanitari, sociosanitari e sociali assistiti, che prevedo l'analisi della domanda, la valutazione della situazione, il confezionamento di pacchetti personalizzati di prestazioni e il monitoraggio del progetto individualizzato;
- Rispondi al progetto con la sua famiglia ai fini della corretta informazione, della loro eventuale partecipazione e del consenso informato;
- Attivare, tenuto conto delle scelte dell'utente, gli interventi previsti dal PAI, autorizzando i soggetti erogatori, ciascuno per parte di rispettiva competenza, e nei limiti delle risorse alimentari;
- Orientare il pensiero verso l'eventuale scelta del tipo di struttura (sia essa residenziale o no) e coordinarsi con la "struttura Intermedia" per gestione di casi complessi che non hanno immediata soluzione (dimissioni ospedaliere, aggravamenti un domicilio, necessità di riabilitazione, ecc.);
- Valutare, almeno trimestralmente, l'integrazione e l'efficacia degli interventi previsti dal PAI (l'effettiva erogazione degli interventi, il loro grado di integrazione, la loro qualità, la qualità percepita o soddisfazione dell'utenza) ed effettuare i necessari Aggiornamenti;
- Rendere disponibili i dati trattati a fini gestionali, programmatori, epidemiologici, economici, assistenziali e per assolvere i debiti informativi.

I punti di accesso per l'utenza sono individuati come di seguito:

1. ASL / UCAM;
2. Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito;
3. MMG e PLS

I compiti dei singoli punti di accesso sono i seguenti:

- Accogliere le domande e / o segnalazioni (anche se non di specifica competenza) dagli utenti presenti (medici specialisti, servizi di vicinanza, servizi di volontariato, call center, ecc.);
- Svolgere una funzione di primo livello informativo in merito a elenco dei servizi / interventi / prestazioni erogabili, modalità e criteri d'accesso, eventuali costi a carico dell'utente;
- Raccogliere, su apposito strumento, sia direttamente dal segnalante che tramite accesso ai dati disponibili tramite i sistemi informativi (anagrafica, servizi attivi, percorsi precedenti), gli elementi minimi utili e un primo inquadramento multidimensionale della situazione ¹, un seguito del quale l'operatore è in grado di
Come si comportano in "situazione semplice", per la quale è possibile attivare portare l'intervento / servizio / prestazione, ovvero di "situazione complessa", per la quale ricorrere alla valutazione multidimensionale;
- Per le richieste classificabili come situazioni semplici, costruire direttamente il progetto individualizzato comprendente servizi / prestazioni di propria competenza, ovvero inviare l'utente verso gli erogatori appropriati;
- Per le richieste classificabili come "situazioni complesse" contattare gli altri componenti del livello operativo ².

Gli operatori di riferimento dei punti di accesso di norma sono: l'Assistente sociale / Operatore sociale comunale e / o di Ambito Distrettuale, l'infermiere, l'Assistente sociale e / medico dell'ASL / UCAM e il MMG / PLS.

Tutti i soggetti nell'attività del Ce sono impegnati ad elaborare e proporre strumenti e modalità operativi, di verifica e di valutazione finalizzati a migliorare la funzionalità dei servizi di cui al presente protocollo.

I Responsabili del CeAD svolgono una funzione di promozione e di raccordo per la realizzazione di racconto obiettivo.

Entro il 31 marzo di ciascun esercizio i Responsabili del CeAD in ad ASL e Ambito una proposta di miglioramento in merito all'organizzazione, alle modalità operative ed agli strumenti di lavoro integrato che tenga conto dei seguenti punti:

Informazione

Presso la sede UCAM distrettuale e le sedi dei servizi sociali comunali / di Ambito è disponibile un primo livello informativo in merito a elenco dei

1 I dati di primo inquadramento sono registrati negli archivi sia cartaceo che informatico.

2 - Se la richiesta arriva al Comune, l'Ass. sociale attiva l'ASL la quale a sua volta contatta il MMG / PLS;

- Se la richiesta arriva all'ASL, chi la riceve attivo il Comune e il MMG / PLS;

- Se la richiesta arriva alla MMG / PLS, questi attivi o l'ASL che a sua volta contatta il Comune, o il Comune che a sua volta contatta l'ASL.

Vanno definiti i tempi di convocazione dell'equipe e / o della visita domiciliare singola o congiunta da parte degli operatori, in tempi brevi.

9

Pagina 10

servizi / interventi / prestazioni erogabili, modalità e criteri d'accesso, eventuali costi a carico dell'utente.

Le stesse informazioni sono disponibili sui siti web dell'Asl, dei Comuni e dell'Ambito Distrettuale.

Arte. 5

(Documento di programmazione)

Al fine di promuovere la gestione delle risorse nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed economicità, l'attività coordinata dal CeAD si vestito sulla base

di un documento di annuale annuale che sarà concordato dall'ASL e dall'Ambito territoriale.

Nel documento programmatico sono definiti:

- gli obiettivi da perseguire nell'esercizio, in particolare tenendo conto della programmazione zonale contenuta nel Piano di zona e dei suoi documenti attuativi, delle indicazioni programmatiche annuali regionali ed i relativi indicatori;
- le risorse sanitarie e sociali (servizi, supporti economici, eventuali interventi / attività garantiti da soggetti terzi) che ciascun soggetto destina all'erogazione degli interventi domiciliari;
- i criteri di accesso, di erogazione e di partecipazione alla spesa da parte dell'utente per ciascuno dei servizi / supporti economici in uso;
- le modalità di trasporto tra i vari soggetti che partecipano alla rete di servizi territoriale.

La proposta di documento programmatico è formulata dai Responsabili di cui all'art. 2

Entro il mese di febbraio di aprile 2010, per il quale il

predetto documento deve essere definito entro il 31 maggio 2010). Tale termine può

essere soggetto a variazioni in relazione ai tempi e ai contenuti delle indicazioni

normative e / o programmatiche sia nazionali che regionali.

In caso di necessità e sulla base della proposta presentata dai Responsabili del CeAD,

ASL ed Ambito possono concordare in corso d'anno eventuali modifiche ed integrazioni

al Documento di Programmazione annuale.

E 'altrettanto necessario raccontare gli interventi dei Comuni che hanno voucherizzato le

prestazioni domiciliari con che mantengono gestioni dirette e raccordare tali

interventi con gli erogatori delle cure domiciliari socio sanitarie accreditati.

Arte. 5

(Sistemi informativi)

sviluppano, selezionato delle rispettive competenze, modalità operative di condivisione delle informazioni disponibili in relazione sia al singolo caso che all'andamento complessivo lavoro.

In attesa di soluzioni integrate di soluzioni ai fini della condivisione delle informazioni, ASL ed Ambito concordano, anche con il supporto dei contenuti Responsabili dei sistemi informativi, le modalità per consentire ai Responsabili del CeAD ed a tutto il personale di cui all'Art. 4, nei tempi più brevi possibilità, di accedere alla visualizzazione delle informazioni sull'efficace integrazione operativa, con opportune governi in rapporto alle funzioni svolte.

Arte. 6
(Vigenza del Protocollo)

Il presente Protocollo entra in vigore dai dati di sottoscrizione ed ha validità fino alla dati di scadenza del vigore Piano di Zona (31 marzo 2012), fatte salve diverse comunicazioni o eventuali aggiornamenti e / o modifiche concordate tra le parti.

Brescia, lì 23 febbraio 2010

ASL DI Brescia

COMUNE DI

PALAZZOLO SULL'OGGIO

Dr. Carmelo Scarcella

Alessandro Sala

(o suo delegato)