ORIGINALE

CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI DEL CHIERESE

VERBALE DI DELIBERAZIONE

Assemblea Generale

Seduta in data 10/05/2007 N. 10 del Registro

OGGETTO: Approvazione della bozza di accordo di programma finalizzato alla realizzazione di un sistema integrato tra l'ASL 8 e gli enti gestori.

L'anno duemilasette, addì dieci del mese di maggio alle ore 18,00 nella sede Amministrativa del C.S.S.A.C. – Vicolo Albussano 4 – Chieri.
Previo esaurimento delle formalità prescritte dalla Legge e dallo Statuto.
L'Assemblea Consortile si è riunita in sessione ordinaria ed in seduta pubblica di prima convocazione.

Risultano presenti i Signori:

- Rosella VITTONE	Delegato del sindaco p-t. del Comune di ARIGNANO (quote 1)
- Elvio GORINO	Delegato del sindaco p-t. del Comune di BERZANO S.P. (quote 1)
- Silvio MANELLO	Sindaco pro-tempore del Comune di BUTTIGLIERA d'ASTI (quote 1)
- Annelisa LESINA	Delegato del sindaco p-t del Comune di CAMBIANO (quote 4)
- VIANELLI	Delegato del sindaco p-.t. del Comune di CASTELNUOVO D.B. (quote 3)
- Manuela OLIA	Delegato del sindaco p.-t. del Comune di CHIERI (quote 18)
- Gian Luigi COCHIS	Sindaco pro-tempore del Comune di MARENTINO (quote 1)
- Marisa LASAGNA	Delegato del sindaco p.t. del Comune di MORIONDO T.SE (quote 1)
- Agostino MIRANTI	Sindaco pro-tempore del Comune di PECETTO T.SE (quote 3)
- Giuseppe CIRIO	Sindaco pro-tempore del Comune di PINO D'ASTI (quote 1)
- Andrea BIGLIA	Sindaco pro-tempore del Comune di PINO TORINESE (quote 5)
- Antonio TALLONE	Delegato del sindaco p.t. del Comune di PRALORMO (quote 1)
- Lodovico GILLIO	Sindaco pro-tempore del Comune di RIVA PRESSO CHIERI (quote 3)
- Giovanni GHIO	Delegato del sindaco p.t. del Comune di SANTENA (quote 6)
- Delfina NOVARA	Delegato del sindaco pro-tempore del Comune di POIRINO (quote 6)

Risultano assenti:

- Giovanni GOLA	Sindaco pro-tempore del Comune di ALBUGNANO (quote 1)
- Emanuelita NOSENGO	Sindaco pro-tempore del Comune di ANDEZENO (quote 1)
- Carlo CORINTO	Sindaco pro-tempore del Comune di BALDISSERO T.SE (quote 3)
- Luca AMBROSACCHIO	Sindaco pro-tempore del Comune di CERRETO (quote 1)
- Silvia COLOMBATTO	Sindaco pro-empore del Comune di ISOLABELLA (quote 1)
- Claudio BERRUTO	Sindaco pro-tempore del Comune di MOMBELLO (quote 1)
- Gianpaolo FASSINO	Sindaco pro.tempore. del Comune di MONCUCCO (quote 1)
- Giancarlo VIDOTTO	Sindaco pro.-tempore. del Comune di MONTALDO T.SE (quote 1)
- Flavio BERTELLO	Sindaco pro-tempore del Comune di PASSERANO MARMORITO (quote 1)
- Sergio BOSSI	Sindaco pro-tempore del Comune di PAVAROLO (quote 1)

Assume la Presidenza il Sig. Agostino MIRANTI. Assiste alla seduta il Segretario del Consorzio dott. Daniele PALERMITI.

Sono altresì presenti il Presidente del Consorzio, dr. Aricò, e del Direttore dr.ssa Raffaela GUERCINI.

Riconosciuta la legalità dell'adunanza, i cui atti sono depositati nella segreteria del Consorzio, il Presidente dichiara aperta la seduta per la trattazione degli argomenti iscritti all'ordine del giorno.

CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI DEL CHIERESE
IL PRESENTE È STATO PUBBLICATO
ALL'ALBO DAL 28 MAG. 2007
AL 11 GIU. 2007
IL SEGRETARIO

CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI DEL CHIERESE

Seduta del 10/05/2007 Verbale n. 10

OGGETTO: Approvazione della bozza di accordo di programma finalizzato alla realizzazione di un sistema integrato tra l'ASL 8 e gli enti gestori.

L'ASSEMBLEA CONSORTILE

Premesso che la legge 328/2000 sottolinea la necessità della piena integrazione tra gli ambiti di intervento socio assistenziale e quelli sanitari.

Considerato altresì che gli enti gestori afferenti al bacino territoriale dell'azienda asl8 e l'azienda stessa hanno ritenuto di dare attuazione alle disposizioni contenute nella DGR 51-11389 del 23/12/2003 "DPCM 29 novembre 2001, allegato 1, punto 1. C. applicazione livelli assistenziali di assistenza all'area dell'integrazione socio sanitaria" attraverso un processo di concertazione finalizzato a qualificare ed ottimizzare la rete di risposte attualmente erogate sul territorio, rimodulandole secondo criteri di appropriatezza e flessibilità nell'ambito di un sistema in cui la componente sanitaria e quella sociale si coordinando in un comune campo di azione l'area dell'integrazione socio-sanitaria.

Ritenuto che rispetto all'area dell'integrazione socio sanitaria il presente accordo definisce chiarezza di diritti delle persone, i soggetti deputati a garantirli, certe le risorse per attuarle.

Considerato che per perseguire tale obiettivo gli enti contraenti si impegnano ad assicurare il pieno coinvolgimento delle amministrazioni comunali, dalle autorità locali da queste rappresentate, nonché di tutte le componenti sociali a vario titolo coinvolte nella tematica della salute

Dato atto che, per garantire i cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'ASL 8 i livelli di assistenza di cui alla DGR 51-11389 del 23/12/2003, si rende necessaria la realizzazione di un sistema integrato nel quale l'ASL8, i Comuni ed i loro Enti Gestori siano in grado di interagire sui programmi e progetti definiti di comune accordo per rispondere nel modo più appropriato ai reali bisogni del cittadino.

Ritenuto necessario concordare l'obiettivo di superare la frammentazione degli strumenti di convenzione tra i quattro consorzi e l'ASL8 per addivenire ad un unico Accordo di Programma condiviso.

Viste le Leggi n. 502/92 e n. 328/2000;

Visto il D.P.C.M. 29/11/2001;

Visto l'art. 34 del Testo Unico del 18 agosto 2000 n. 267;

Udita l'illustrazione da parte del Presidente ARICO' il quale riferisce che *è stata già siglata un preaccordo e che, pertanto, con l'approvazione dell'accordo vengono ratificati gli accordi per l'integrazione socio-sanitaria. La novità che l'accordo introduce è che viene riconosciuto il diritto di cure a domicilio con componente sanitaria ed assistenziale (con progetti integrati di equipes zonali) in particolare per anziani che necessitano di lungoassistenza. Il riparto della spesa è al 50% tra ASL e Consorzi, con un sistema di erogazione della parte economica mediante ASSEGNO DI CURA. Il target economico di riferimento è di € 500 (ragguagliato al costo di badanza), mentre il target di accesso*

viene inteso quale priorità di ingresso ma senza escludere quanti hanno un punteggio minore. Sottolinea, inoltre, l'importanza dell'accordo per il bilancio consortile perché il riparto di spesa al 50% con l'ASL comporta maggiori introiti nel bilancio 2007 del Consorzio, con una maggiore entrata stimata in Euro 150.000,00.

Uditi inoltre gli interventi dei componenti GHIO, LESINA e VITTONE ed uditi i chiarimenti forniti dal Presidente ARICO' e dal Direttore, dr.ssa Raffaela GUERCINI.

Acquisito il parere in ordine alla regolarità tecnica di cui all'art. 49 comma 1, del Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali di cui al D. Lgs.vo 18.08.2000 n. 267.

Dato atto che la votazione, effettuata in forma palese, espressa per alzata di mano, ha dato il seguente risultato, accertato e proclamato dal Presidente:

rappresentanti presenti	n. 15	pari a quote n. 55
rappresentati votanti	n. 15	pari a quote n. 55
rappresentanti astenuti	n. /	pari a quote n. /
voti favorevoli	n. 15	pari a quote n. 55
voti contrari	n. /	pari a quote n. /

D E L I B E R A

1) Di approvare l'accordo di programma finalizzato alla realizzazione di un sistema integrato tra l'ASL 8 e gli Enti Gestori, nel testo allegato alla presente per farne parte integrante e sostanziale.

2) Di dichiarare, con successiva favorevole unanime votazione, la presente deliberazione immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 134 comma 4 del Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali di cui al D.Lgs,vo 18.08.2000 n. 267;

ACCORDO DI PROGRAMMA
ai sensi dell'art. 34 del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267

tra
l'AZIENDA SANITARIA LOCALE N.8
in persona del Commissario Straordinario Dott. Giovanni CARUSO

e

il CONSORZIO SOCIO – ASSISTENZIALE di Carmagnola
in persona del Legale Rappresentante Sig. Roberto DEMICHELIS

il CONSORZIO SOCIO – ASSISTENZIALE di Chieri
in persona del Legale Rappresentante Dott. Filadelfo ARICO'

il CONSORZIO SOCIO – ASSISTENZIALE di Moncalieri
in persona del Legale Rappresentante Dott.ssa Carla NOVARESIO

il CONSORZIO SOCIO – ASSISTENZIALE di Nichelino
in persona del Legale Rappresentante Dott. Virgilio SCANSETTI

finalizzato all'applicazione della D.G.R. 51 – 11389 del 23.12.2003 "D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio – sanitaria".

PREMESSE

1 – l'ASL n. 8 e gli Enti Gestori afferenti al bacino territoriale dell'Azienda stessa hanno ritenuto di dare attuazione alle disposizioni contenute nella D.G.R. n.51-11389 del 23/12/2003 "D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di assistenza all'area dell'integrazione socio – sanitaria" attraverso un processo di concertazione finalizzato a qualificare ed ottimizzare la rete di risposte attualmente erogate sul territorio, rimodulandole secondo criteri di appropriatezza e flessibilità ,

nell'ambito di un sistema in cui la componente sanitaria e quella sociale si coordinano in un comune campo di azione: l'area dell'integrazione socio – sanitaria.

2 – Con riferimento alla suddetta area è convinzione comune dei soggetti aderenti al presente Accordo di programma che l'integrazione tra comparto sociale e comparto sanitario presuppone che siano chiari i diritti delle persone, definiti i soggetti deputati a garantirli, certe le risorse per attuarli.

3 – Allo scopo di perseguire tale obiettivo gli Enti contraenti si impegnano ad assicurare il pieno coinvolgimento delle Amministrazioni Comunali, delle comunità locali da queste rappresentate , nonché di tutte le componenti sociali - a vario titolo coinvolte nelle tematiche relative alla salute – con gli strumenti individuati nel presente Accordo.

4 – Al fine di garantire ai cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'ASL n.8 i livelli essenziali di assistenza di cui alla D.G.R. 51 – 11389 del 23.12.2003, si rende infatti necessaria la realizzazione di un sistema integrato nell'ambito del quale l'Azienda, i Comuni e i loro Enti Gestori - nell'esercizio delle proprie funzioni – siano in grado di interagire sistematicamente su programmi e progetti definiti di comune accordo per rispondere nel modo più appropriato ai reali bisogni, garantendo la continuità delle cure ed il coordinamento degli interventi in ogni fase in cui si esercita la tutela socio-sanitaria del cittadino.

5. Si concorda l'obiettivo di superare la frammentazione degli strumenti di convenzione tra i quattro consorzi e l'ASL 8, per addivenire ad un unico Accordo di Programma condiviso .

Tutto ciò premesso si conviene quanto segue.

ART. 1
OGGETTO

1 - Forma oggetto del presente accordo la disciplina dell'esercizio delle prestazioni sanitarie, delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria - di cui all'art.3 septies della legge 502/92 e s.m.i - che l'allegato 1, Punto 1. C del D.P.C.M. 29/11/2001 "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*" ed il D.P.C.M. 10.02.2001 "*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio – sanitarie*" assegnano, rispettivamente, alla titolarità del Servizio Sanitario Nazionale ed a quella dei Comuni che esercitano le funzioni ad essi attribuite attraverso i propri Enti Gestori.

2 - In particolare vengono individuati gli indirizzi e le linee guida per la gestione integrata degli interventi e delle prestazioni individuati dalla D.G.R. n.51-11389 del 23/12/2003 *"D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di assistenza all'area dell'integrazione socio – sanitaria*" con riferimento:

a) all'articolazione delle cure domiciliari nella fase di lungo assistenza;
b) all'articolazione dell'assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale a favore di anziani non autosufficienti
c) all'articolazione dei servizi e degli interventi socio – sanitari per le persone con disabilità;

Inoltre, in applicazione dei LEA, si individuano anche gli ambiti relativi a Minori, Salute Mentale e Dipendenze, che costituiranno oggetto di specifici protocolli operativi.

3 - A tal fine si conviene che le tipologie erogative interessate dal presente atto, afferiscono all'area delle prestazioni di carattere socio – sanitario ed in particolare alle prestazioni sanitarie; a quelle sanitarie di rilevanza sociale - nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali è stata prevista una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al S.S.N ed a quelle sociali a rilevanza sanitaria di competenza dei Comuni e prestate attraverso gli Enti Gestori con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi.

4 - Fermo restando che le prestazioni sanitarie e quelle sanitarie a rilevanza sociale sono garantite dal Servizio Sanitario Nazionale e comprese nei livelli essenziali di assistenza, l'Azienda Sanitaria ASL 8 e gli Enti Gestori convengono inoltre di assicurare l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti necessari allo svolgimento di tutte le attività volte a soddisfare – mediante percorsi assistenziali integrati – bisogni di salute delle persone che richiedono unitamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

ART. 2
FINALITA'

1 - Il presente accordo è finalizzato alla realizzazione di un sistema integrato nell'ambito del quale l'Azienda sanitaria Locale ASL 8 e gli Enti Gestori delle funzioni ad essi attribuite dai Comuni siano in grado di interagire sistematicamente - a livello Aziendale e del singolo distretto - su programmi e progetti definiti di comune accordo per rispondere nel modo più appropriato ai reali bisogni, garantendo la continuità delle cure ed il coordinamento degli interventi in ogni fase del percorso assistenziale.

2 - Nell'ambito di tale finalità vengono individuati i seguenti obiettivi comuni:

a) Miglioramento delle capacità di valutare i bisogni reali anche non espressi, attraverso la rilevazione delle situazioni di esposizione a rischio di emarginazione e problemi connessi con la salute, intesa come benessere psicofisico e sociale, sia dei singoli individui che della popolazione del territorio nel suo complesso;
b) Superamento dell'istituzionalizzazione e del ricovero improprio attraverso la garanzia di servizi ed interventi che consentano il mantenimento, l'inserimento ed il reinserimento dei soggetti nella vita familiare, sociale, scolastica e lavorativa;
c) Valorizzazione della capacità di operare in un contesto di rete integrata a livello distrettuale attraverso la collaborazione sistematica delle varie figure professionali per la formulazione di progetti personalizzati d'intervento;
d) Integrazione non solo fra servizi sanitari e socio - assistenziali, ma anche con tutte le altre agenzie ed istituzioni del territorio, al fine di concorrere a fornire una risposta globale alle esigenze della popolazione;
e) Valorizzazione della capacità di valutare i costi e di utilizzare in modo efficiente le risorse a disposizione, incrementando la capacità di produrre salute del sistema;

3 - Il perseguimento di tali finalità deve caratterizzare le modalità di lavoro di tutti i soggetti interessati.

ART.3
STRUMENTI

1 - L'Azienda Sanitaria Locale ASL 8 e gli Enti Gestori individuano il distretto come l'articolazione titolare della gestione integrata dei servizi socio – sanitari mediante una specifica attribuzione budgettaria.

2 - Il distretto - quale garante della salute e responsabile della funzione di tutela – è l'ambito organizzativo deputato ad assicurare servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio - sanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del D.Lgs.502/92 e s.m.i. nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali.

3 - Al distretto vengono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute fissati nel Programma delle attività territoriali, in particolare per i seguenti ambiti: cure domiciliari , semiresidenzialità e residenzialità per anziani e disabili ed attività integrate riguardanti i minori, le dipendenze e la salute mentale. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria.

4 - Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della integrazione-intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

a) prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta di cui all'articolo 3- quinquies del D.Lgs.502/92 e s.m.i;
b) determina le risorse per l'integrazione socio - sanitaria di cui all'articolo 3- septies del D.Lgs.502/92 e s.m.i e le quote rispettivamente a carico dell'Azienda sanitaria locale e degli Enti Gestori, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei Sindaci di distretto, dal Direttore di distretto ed è approvato dal Direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio - sanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

5 – Dato atto che il Sindaco è titolare delle funzioni di tutela socio - sanitaria e del diritto alla salute per i suoi cittadini – in applicazione del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. e dell'art.6, comma 2, lettera b), della L. R 1/2004 – gli Enti aderenti al presente Accordo di programma riconoscono al Comitato dei sindaci di distretto un ruolo centrale nella programmazione delle attività afferenti all'area dell'integrazione socio - sanitaria e nella verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti nel Programma delle attività territoriali.

6 – Il Programma delle attività territoriali ed il Piano di zona - di cui all'art.17 della Legge regionale 8 gennaio 2004, n.1 - devono obbligatoriamente corrispondere nella parte relativa alle attività di integrazione socio – sanitaria oggetto del presente Accordo di Programma.

ART. 4
PROTOCOLLI OPERATIVI

Al fine di favorire il recepimento delle progettualità elaborate nell'ambito dei Piani di Zona, si rinvia all' elaborazione di specifici Protocolli Operativi, comuni tra Consorzi e Distretti, ad una fase successiva alla adozione del presente Accordo di Programma .
E' , pertanto, fatto obbligo agli Enti contraenti definire entro sei mesi dalla stipula dell'Accordo di Programma, i Protocolli operativi relativi alle attività rivolte ad anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale (Come da art. 3 comma 3).

ART.5
CRITERI E PROCEDURE DI PROGRAMMAZIONE CONGIUNTA

1 - L'attuazione degli interventi oggetto del presente accordo da parte dell'ASL 8 e degli Enti Gestori si ispira ai principi ed alle indicazioni definiti nella legislazione e, pertanto, gli Enti contraenti concordano in sede di definizione del Programma annuale delle attività territoriali le linee di priorità degli interventi con particolare attenzione al perseguimento delle finalità di cui all'art.2.

2 - A tale scopo l'ASL 8 e gli Enti Gestori si impegnano:

a) A relazionare annualmente, a cura del Direttore del Distretto e del Direttore dell'Ente Gestore, al Comitato dei Sindaci e al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria gli esiti della gestione integrata delle attività oggetto del presente accordo e a formulare eventuali proposte di adeguamento, finalizzate alla programmazione delle attività da parte dei singoli Enti contraenti;
b) Alla reciproca comunicazione preventiva delle eventuali variazioni dei costi dei servizi oggetto del presente accordo;
c) A prevedere annualmente un momento di incontro finalizzato alla progettazione congiunta tra i due Enti, entro il mese di novembre, nel quale concordare – mediante redazione di appositi protocolli da sottoporre alle Amministrazioni contraenti – le linee di intervento e gli investimenti degli Enti in termini di risorse strutturali, tecnologiche, umane, professionali e finanziarie da utilizzare nell'anno successivo per le attività oggetto del presente accordo;
d) Ad aggiornare congiuntamente la rete delle strutture pubbliche e private accreditate attraverso le quali saranno erogati gli interventi per i cittadini residenti nel territorio dell'ASL 8 ;
e) A definire congiuntamente, per le rispettive competenze, i rapporti contrattuali con le strutture di cui al punto precedente, in applicazione delle norme vigenti (DGR 17 e 18)

3 – Per garantire gli interessi e la partecipazione di tutti i soggetti aderenti al presente accordo l'ASL 8 e gli Enti Contraenti concordano di adottare - per quanto attiene alla individuazione dei fornitori delle prestazioni afferenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria - le seguenti procedure:
a) la definizione dei sistemi di aggiudicazione dei capitolati di appalto sarà curata da una Commissione paritetica ASL /Enti Gestori;
b) la gestione amministrativa delle procedure di appalto e del rapporto contrattuale posto in essere con il soggetto aggiudicatario viene assunta dall'Azienda o dall'Ente Gestore titolare dell'autorizzazione al funzionamento;

c) la gestione amministrativa delle procedure di appalto e del rapporto contrattuale posto in essere con il soggetto aggiudicatario relativamente ai servizi territoriali alla persona (assistenza domiciliare ed educativa territoriale) viene assunta, a livello distrettuale, dall'Ente Gestore con le modalità di cui alla lettera a).

4 – Nell'ambito della programmazione locale potranno essere concertate differenti procedure in sede di definizione del Programma delle Attività Territoriali.

5 - L'ASL 8 e gli enti gestori si impegnano ad estendere il modello organizzativo condiviso nel presente documento agli ambiti di integrazione socio-sanitari relativi alle situazioni di multiproblematicità espresse nel territorio, e coinvolgenti tutte le strutture dell'ASL 8 a rilevanza socio-sanitaria.

ART.6
RISORSE STRUMENTALI,FINANZIARIE E DI PERSONALE MESSE A DISPOSIZIONE DAGLI ENTI CONTRAENTI

1 - L'ASL 8 e gli Enti Gestori si impegnano ad assumere quale standard minimo da assicurare per tutto il periodo di vigenza del presente accordo le risorse materiali, finanziarie e di personale utilizzate da ogni singolo Ente al momento della sua stipulazione così come risultano dagli atti programmatori e dagli atti di impegno finanziario assunti.

2 - L'ASL 8 e gli Enti Gestori si impegnano altresì a mantenere gli standard quali-quantitativi di servizi, delle attività e degli interventi così come risultanti all'atto della stipulazione.

3 - Gli ulteriori investimenti di risorse vengono concordati in sede di programmazione annuale delle attività con le modalità di cui ai precedenti articoli 3 e 4.

ART.7
ARTICOLAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI NELLA FASE DI LUNGO ASSISTENZA.

1 – Obiettivi comuni. L'ASL e gli Enti Gestori, ai fini della realizzazione di una rete di servizi sanitari e socio - assistenziali in grado di rispondere efficacemente ai bisogni dei soggetti assistiti a domicilio nella realizzazione di progetti di lungo assistenza, convengono che gli obiettivi da perseguire sono:

a) La promozione e la differenziazione delle attività e dei servizi in relazione alla molteplicità dei bisogni espressi privilegiando le azioni volte ad evitare l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione impropria;
b) Il perfezionamento dei livelli quantitativi e qualitativi di intervento con particolare riferimento a quelli svolti al domicilio in forma integrata;
c) Il mantenimento del paziente nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile;
d) Il ricorso alla istituzionalizzazione, secondo criteri di appropriatezza efficacia ed efficienza;
e) L'attivazione di una rete complessa e diversificata di prestazioni in ambito distrettuale anche attraverso il coinvolgimento del volontariato e del privato sociale.

2– **Metodologie e strumenti di lavoro integrato**. Lo strumento posto a garanzia del lavoro integrato tra gli Enti viene individuato nell'èquipe cure domiciliari distrettuale integrata. Essa opera in base ai protocolli adottati formalmente dall'ASL 8 e dagli Enti Gestori .

3 – **Organizzazione delle attività.** Le attività riferite alle cure domiciliari nella fase di lungo assistenza sono destinate ai cittadini dimorati nei territori definiti dagli ambiti distrettuali. L'ASL 8 e gli Enti Gestori mettono a disposizione il personale sanitario e sociale che si impegna nella realizzazione degli obiettivi e progetti integrati, per le rispettive competenze; il coordinamento delle attività rivolte alla tutela socio-sanitaria delle persone che fruiscono di cure domiciliari viene assunto dall'ASL 8 attraverso il Direttore del Distretto.

Al fine di realizzare gli obiettivi comuni di cui al Comma 1,nell'ambito delle cure domiciliari in lungoassistenza, si avvieranno, interventi integrati di promozione e sostegno della domiciliarità quali:

- Assistenza domiciliare professionale (diretta, indiretta, in accreditamento)
- Assegni di cura – interventi economici alternativi al ricovero
- Affidamenti
- Buoni servizio

La regolamentazione degli interventi per la domiciliarità quali gli assegni di cura, i buoni servizio e gli affidamenti, è così definita, in termini sperimentali, per il 2007:

1) gli interventi sono rivolti ad anziani e disabili in situazioni di non autonomia;
2) la progettazione e la gestione degli interventi sono a cura dell'Equipe Distrettuale Integrata (EDI);
3) entro il 28 febbraio 2007 i singoli regolamenti di accesso dei 4 Consorzi saranno uniformati al fine di garantire criteri unitari ed omogenei su tutto il territorio dell'ASL8 ;
4) entro il 28 febbraio 2007, verrà definito, per distretto, il budget dedicato dall'ASL e dai Consorzi per la realizzazione di tali attività.

4 – **Risorse professionali messe a disposizione dagli Enti contraenti.** Ogni parte contraente garantisce la messa a disposizione delle sotto elencate competenze professionali, necessarie a realizzare gli obiettivi prefissati ed a garantire la messa in atto dei servizi e delle prestazioni, accollandosi il relativo onere, salvo quanto indicato al successivo punto "Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti". La quantificazione delle unità di personale messe a disposizione e/o il monte ore che le stesse garantiranno per la realizzazione dei progetti verranno determinate annualmente nel momento dell'incontro finalizzato alla programmazione congiunta con le modalità di cui ai precedenti articoli 3 e 4

a) Personale messo a disposizione dall'ASL 8
- Direttore del Distretto
- Medici ed operatori delle strutture a valenza territoriale.
- Medici di Medicina Generale
- Pediatri di libera scelta
- Infermieri professionali
- Personale amministrativo a livello distrettuale.

b) Personale messo a disposizione dall'Ente Gestore
- Direttore dell'Ente Gestore
- Responsabile di Area

- Assistenti sociali
- Educatori Professionali
- ADEST /OSS
- Personale amministrativo a livello centrale e territoriale

5– **Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti.** La suddivisione delle quote sotto riportate ricalca la normativa vigente in materia L.E.A. D.G.R.n.51 – 11389 del 23/12/2003.

a) ASL 8
- Piani di intervento nell'ambito delle cure domiciliari di progetti di lungo assistenza, a sostegno della permanenza in famiglia, realizzate con le prestazioni indicate nel precedente punto 3: compartecipazione alla spesa 50%.
- Per quanto riguarda le prestazioni di cure domiciliari relative alla fase post acuzie ,ai sensi della D.G.R. 51-11389 del 23/12/2003, nonché alle dimissioni protette , vengono assunte al 100% da parte dell'ASL 8 secondo le modalità stabilite.

b) Ente Gestore
- Piani di intervento di cui al precedente comma 3 , nell'ambito di progetti di cure domiciliari per lungoassistenza, a sostegno della permanenza in famiglia dei soggetti , realizzati con le prestazioni indicate nel precedente punto 3 : compartecipazione della spesa 50%.

c) Per quanto concerne il case manager, gli Enti ripartiranno il costo, quantificato con un tetto massimo di euro 90, al 50%.

6 – **Oneri per interventi diversi**. Nell'ambito della programmazione locale verranno concordate tra i due comparti le modalità di ripartizione delle spese relative alla gestione complessiva delle attività di cui al presente Accordo. Potranno altresì essere sperimentate ulteriori attività ed interventi non compresi nel presente accordo, in tal caso la ripartizione degli oneri verrà concertata in sede di definizione del Programma delle Attività Territoriali e del Piano di Zona ed approvata dal Comitato dei Sindaci e dai comuni.

7 – **Modalità di pagamento/rimborso degli oneri.** Nell'ambito delle Cure Domiciliari, L'ASL 8 si farà carico del pagamento delle quote spese relative all'utilizzo di personale ADEST e OSS – alle dipendenze degli Enti Gestori o con essi convenzionato - nelle misure stabilite dal presente articolo, con cadenza mensile.

ART.8
ARTICOLAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE , SEMI RESIDENZIALE E RESIDENZIALE A FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI.

1 – **Obiettivi comuni.** L'ASL 8 e gli Enti Gestori, ai fini della realizzazione di una rete di servizi sanitari e socio - assistenziali in grado di rispondere efficacemente ai bisogni degli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, convengono che gli obiettivi da perseguire sono:

a) La promozione e la differenziazione delle attività e dei servizi in relazione alla molteplicità dei bisogni espressi privilegiando le azioni volte ad evitare l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione impropria;

b) Il perfezionamento dei livelli quantitativi e qualitativi di intervento con particolare riferimento a quelli svolti al domicilio in forma integrata;
c) Il mantenimento dell'anziano nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile;
d) Il ricorso alla istituzionalizzazione, secondo criteri di appropriatezza efficacia ed efficienza;
e) L'attivazione di una rete complessa e diversificata di prestazioni in ambito distrettuale anche attraverso il coinvolgimento del volontariato e del privato sociale;
f) Il potenziamento della rete di strutture residenziali per anziani non autosufficienti e il monitoraggio delle condizioni di vita degli ospiti finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti.

2- **Metodologie e strumenti di lavoro integrato.**
Lo strumento posto a garanzia del lavoro integrato tra gli Enti viene individuato nell'èquipe distrettuale integrata,E.D.I., costituita da operatori territoriali dell'Ente Gestore e del Distretto. Questa rappresenta un nucleo periferico multidisciplinare dell'UVG.
Il nucleo periferico si riferisce e si rivolge al nucleo centrale specialistico nei casi di complessità maggiore.
L'attuazione della suddetta metodologia implica un adeguato percorso informativo e formativo rivolto agli operatori coinvolti.
Le Commissioni Medico legali dell'ASL8 si integreranno per le patologie che determinano l'attivazione dell'indennità di accompagnamento , con la U.V.G., al fine di individuare criteri uniformi di valutazione.

3 – **Organizzazione delle attività.** Le attività riferite all'Area "Tutela sanitaria e socio-assistenziale degli anziani non autosufficienti" sono destinate ai cittadini dimorati nei territori definiti dagli ambiti distrettuali. L'ASL 8 e gli Enti Gestori mettono a disposizione il personale sanitario e sociale che si impegna nella realizzazione degli obiettivi e progetti integrati, per le rispettive competenze, ed il coordinamento delle attività rivolte alla tutela socio-sanitaria degli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti viene assunto dall'ASL 8 attraverso il Direttore del distretto dai Consorzi attraverso i propri Direttori.

4 – **Risorse professionali messe a disposizione degli Enti contraenti.** Ogni parte contraente garantisce la messa a disposizione delle sotto elencate competenze professionali, necessarie a realizzare gli obiettivi prefissati e a garantire la messa in atto dei servizi e delle prestazioni, accollandosi il relativo onere, salvo quanto indicato al successivo punto "Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti". La quantificazione delle unità di personale messe a disposizione e/o il monte ore che le stesse garantiranno per la realizzazione dei progetti verranno determinate annualmente nel momento di incontro finalizzato alla programmazione congiunta con le modalità di cui ai precedenti articoli 3 e 4

a) Personale messo a disposizione dall'ASL 8
- ❖ Direttore del Distretto
- ❖ Componenti Unità Valutativa Geriatrica
- ❖ Medici ed operatori delle strutture a valenza territoriale
- ❖ Personale amministrativo a livello distrettuale
- ❖ Infermiere

b) Personale messo a disposizione dall'Ente Gestore
- ❖ Direttore dell'Ente Gestore
- ❖ Responsabile di Area
- ❖ Assistenti sociali

- ADEST ed OSS
- Personale amministrativo a livello centrale e territoriale

5– **Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti.** La suddivisione delle quote sotto riportate ricalca la normativa vigente in materia L.E.A. D.G.R.n.51 del 23/12/2003. In occasione dell'elaborazione e della stesura dei Programmi delle Attività Territoriali e dei piani di Zona , le eventuali diverse applicazioni potranno essere oggetto di concertazione locale fra Distretti ed Enti Gestori ed approvate dal Comitato dei Sindaci.

a) ASL 8
- Inserimento in presidi residenziali per non autosufficienti – quota della retta così come definita dalla vigente normativa regionale.(DGR 17 e 18)
- Affidamento(*intra ed etero famigliare)* : 50% della spesa sostenuta
- Interventi economici personalizzati a sostegno della domiciliarità , alternativi al ricovero come da art. 7 comma 5 lettera a .
- Inserimenti in Centri Diurni Alzheimer: quota retta così come definita dalla normativa regionale
- Inserimento in Centro Diurno per anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti: 50% della spesa sostenuta

b) Ente Gestore:
Per le prestazioni sotto elencate l'Ente Gestore integra la quota di spesa posta a carico del cittadino, secondo criteri e modalità definite da ciascun Ente Gestore nelle more dell'individuazione - da parte della Regione Piemonte - di linee guida omogenee e fino ad un massimo corrispondente alle percentuali indicate nel presente accordo.

- Inserimento in presidi residenziali per non autosufficienti: quota della retta così come definita dalla vigente normativa regionale.
- Affidamento (*intra ed etero familiari)*: 50% della spesa sostenuta
- Interventi economici personalizzati a sostegno della domiciliarità , alternativi al ricovero,come da art. 7 comma 5 lettera a .
- Inserimenti in Centri Diurni per anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti: fino ad un massimo del 50% della spesa sostenuta;
- Inserimenti in Centri Diurni Alzheimer: quota retta così come definita dalla normativa regionale.

Per le prestazioni e gli interventi integrati anche economicamente , si ritiene opportuna la formulazione di procedure di accesso condivise dagli Enti gestori.

6 – **Oneri per interventi diversi**. Potranno essere sperimentate ulteriori attività ed interventi non compresi nel presente accordo; in tal caso la ripartizione degli oneri verrà concertata in sede di definizione del Programma delle Attività Territoriali e del Piano di Zona ed approvata dal Comitato dei Sindaci.

7 – **Modalità di pagamento/rimborso degli oneri.** Gli Enti che aderiscono al presente accordo concordano di adottare le seguenti modalità pagamento/rimborso delle prestazioni:

a) Ogni singolo Ente si farà carico direttamente del pagamento della spesa relativa alle rette di anziani non autosufficienti ricoverati dall'ASL 8 in strutture, secondo le proprie competenze, nell'ambito del rapporto formalizzato fra Enti e la struttura;

b) L'ASL 8 provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Ente Gestore per gli interventi definiti nel comma 5, nella misura e con le modalità stabilite, con cadenza trimestrale;
c) Gli inserimenti in Centri Diurni Alzheimer verranno effettuati con modalità integrate e i pagamenti effettuati come definito al comma punto a;
d) Per gli inserimenti in Centri Diurni per anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti ogni singolo Ente si farà carico direttamente del pagamento delle spese relative alle rette, secondo le proprie competenze, nell'ambito del rapporto formalizzato fra gli Enti e la struttura;

ART 9
ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI SOCIO – SANITARI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ.

1– **Obiettivi comuni**. L'ASL 8 e gli Enti Gestori ai fini della realizzazione di una rete di servizi sanitari e sociali in grado di rispondere efficacemente ai bisogni delle persone disabili, convengono che gli obiettivi comuni sono:

a) Il raggiungimento del massimo possibile di autonomia e di integrazione sociale di ciascuna persona disabile privilegiando gli interventi territoriali e domiciliari;
b) Il mantenimento della persona disabile nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile;
c) Il perfezionamento dei livelli quantitativi e qualitativi di intervento;
d) Il ricorso alla istituzionalizzazione, secondo criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza;
e) La promozione e realizzazione di opportunità diversificate di strutture residenziali alternative all'istituzionalizzazione quali comunità alloggio, di pronto intervento, di convivenza guidata, nel rispetto delle disposizioni normative in materia ed il monitoraggio delle condizioni di vita degli ospiti finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi.

2– **Metodologie e strumenti di lavoro integrato.** Le modalità operative verranno stabilite per quanto di competenza dal Direttore del Distretto e dal Direttore dell'Ente Gestore, avvalendosi degli organi tecnici previsti dalla normativa nazionale e regionale (UVH) – D.G.R. del 22.2.93 n.147-23154 – e (U.M.) L. n.104/92 e s.m.i.
L'UVH opera in base al regolamento comune adottato formalmente dall'A.S.L.8 e dagli Enti Gestori, recependo le direttive regionali sull 'ICF .

3 – **Organizzazione delle attività** Le attività riferite all'Area "Tutela sanitaria e socio-assistenziale per le persone con disabilità", sono destinate ai cittadini dimorati nei territori definiti dagli ambiti distrettuali. L'ASL 8 e gli Enti Gestori mettono a disposizione il personale sanitario e sociale che si impegna nella realizzazione degli obiettivi e progetti integrati, per le rispettive competenze, ed il coordinamento delle attività rivolte alla tutela socio-sanitaria dei disabili viene assunto dall'ASL 8 attraverso il Direttore del Distretto e dei Consorzi attraverso i propri Direttori.

4 – **Risorse professionali messe a disposizione dagli Enti contraenti.** Ogni parte contraente garantisce la messa a disposizione delle sotto elencate competenze professionali, necessarie a realizzare gli obiettivi prefissati ed a garantire la messa in atto dei servizi e delle prestazioni, accollandosi il relativo onere, secondo quanto indicato al

successivo punto "Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti". La quantificazione delle unità di personale messe a disposizione e/o il monte ore che le stesse garantiranno per la realizzazione del progetto verranno determinate annualmente nel momento di incontro finalizzato alla programmazione congiunta con le modalità di cui ai precedenti articoli 3 e 4

b) Personale messo a disposizione da parte dell'ASL 8:
- ❖ Direttore del Distretto
- ❖ Medici del distretto e dell'AST
- ❖ Psichiatri
- ❖ Neuropsichiatri infantili
- ❖ Medici del Servizio di Assistenza Sanitaria Territoriale
- ❖ Medici di Medicina Generale
- ❖ Medici del Servizio di Medicina Legale
- ❖ Pediatri di base
- ❖ Psicologi
- ❖ Operatori del dipartimento di recupero e rieducazione funzionale
- ❖ Infermieri
- ❖ Educatori professionali
- ❖ Personale amministrativo.

c) Personale messo a disposizione dall'Ente Gestore
- ❖ Direttore dell'Ente Gestore
- ❖ Responsabile di Area
- ❖ Assistenti sociali
- ❖ Educatori professionali
- ❖ ADEST ed OSS
- ❖ Personale amministrativo a livello centrale e territoriale

5 – **Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti.** La suddivisione delle quote sotto riportate ricalca la normativa vigente in materia L.E.A. D.G.R.n.51 del 23/12/2003. In occasione dell'elaborazione e della stesura di Programmi di Attività Territoriali le eventuali diverse applicazioni potranno essere oggetto di concertazione locale fra Distretti ed Enti Gestori ed approvate dal Comitato dei Sindaci e dal Piano di Zona .

a) ASL 8 :
- ❖ Inserimenti in presidi residenziali convenzionati: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R.n.51 – 11389 del 23.12.03.
- ❖ Piani di intervento nell'ambito delle cure domiciliari dell'assistenza domiciliare, predisposti dall' UVH/UVG ed alternativi al ricovero, impossibilitati a frequentare il Centro Diurno: 60% del costo orario onnicomprensivo degli operatori ADEST e OSS utilizzati, come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03.
- ❖ Inserimenti in Centri Diurni: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- ❖ Inserimenti in attività Centro Addestramento Disabili: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- ❖ Piani di intervento nell'ambito dell'Assistenza educativa territoriale, quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- ❖ Interventi economici personalizzati a sostegno della domiciliarità , alternativi al ricovero, purché rispondente a spese documentate e con il rispetto degli obblighi previdenziali: 50% della spesa totale sostenuta dall'Ente Gestore per l'erogazione dei

contributi secondo criteri e modalità fissati mediante apposito regolamento concordato ed approvato da parte degli Enti contraenti la presente convenzione.

- Affidamenti (*intra ed extrafamiliari)*:50%

b) Ente gestore

Per le prestazioni sotto elencate l'Ente Gestore integra la quota di spesa posta a carico del cittadino, secondo criteri e modalità definite da ciascun Ente Gestore nelle more dell'individuazione - da parte della Regione Piemonte - di linee guida omogenee e fino ad un massimo corrispondente alle percentuali indicate nel presente accordo.

- Inserimenti in presidi residenziali convenzionati: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- Inserimenti in Centri Diurni: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- Inserimenti in Centri di Addestramento Disabili: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- Piani di intervento nell'ambito dell'Assistenza educativa territoriale – quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- Interventi economici personalizzati a sostegno della domiciliarità , alternativi al ricovero purché rispondente a spese documentate e con il rispetto degli obblighi previdenziali: fino ad un massimo del 50% della spesa sostenuta dall'Ente Gestore per l'erogazione dei contributi secondo criteri e modalità fissati mediante apposito regolamento concordato ed approvato da parte degli Enti contraenti il presente accordo.
- Affidamenti (*intra ed extrafamiliari)*:50%

6 – **Oneri per interventi diversi**. Potranno essere sperimentate ulteriori attività ed interventi non compresi nel presente accordo, in tal caso la ripartizione degli oneri verrà concertata in sede di definizione del Programma delle Attività Territoriali ed approvata dal Comitato dei Sindaci e dal Piano di Zona .

7 – **Modalità di pagamento/rimborso degli oneri.** Gli Enti che aderiscono al presente accordo concordano di adottare le seguenti modalità pagamento/rimborso delle prestazioni:

a) Ogni singolo Ente si farà carico direttamente del pagamento delle spese relative alla quota di spesa per rette di ricovero nelle strutture e/o di permanenza nei Centri Diurni convenzionati o affidati alla gestione di soggetti terzi, nella misura e con le modalità stabilite, secondo le proprie competenze.
b) L'ASL8 si farà carico direttamente del pagamento delle spese relative all'utilizzo di personale Educativo nell'ambito del servizio di educativa territoriale.
c) L'ASL 8 provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Ente Gestore per assegni di servizio e per affidamenti familiari, alternativi al ricovero, nella misura e con le modalità stabilite, con cadenza trimestrale.

ART. 10
ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI SOCIO - SANITARI PER I MINORI ED A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI

1 - I servizi socio sanitari del territorio sono chiamati ad assicurare risposte di tutela della salute psico-fisica del minore, delle coppie, delle famiglie e di sostegno alle responsabilità genitoriali ; essi sono tenuti ad attivare in maniera integrata le misure di tutela , presa in carico e sostegno del minore e della famiglia durante tutto il percorso di intervento , comprese eventuali iniziative disposte dall'Autorità Giudiziaria , nonché quelle conseguenti e successive agli esiti del procedimento stesso.
I servizi si dotano a tal fine di specifici protocolli di intesa interservizi al fine di definire gli obiettivi comuni, la metodologia di lavoro e livelli di responsabilità.
I servizi sanitari interessati sono i servizi sanitari di base , specialistici e consultoriali afferenti al Distretto sanitario, il servizio di Psicologia, Neuropsichiatria Infantile, i servizi ospedalieri di ostetricia , Neonatologia, Pediatria e il DEA. Sono inoltre coinvolti il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze patologiche per le attività di presa in carico di componenti famiglie con minori.
I servizi sociali interessati fanno capo ai Consorzi territoriali.

2 – I destinatari degli interventi sono i minori, le coppie e le famiglia.

3 – Gli interventi :
Ambito relativo al sostegno delle responsabilità genitoriali ed alla prevenzione del disagio attraverso attività di tipo consultoriale o di consulenza , rivolte a tutti i cittadini con particolare attenzione alla fase della prima infanzia e dell'adolescenza:

- Spazio genitori
- Spazio adolescenti
- Servizi di sostegno alla famiglia nel primo anno di vita del bambino
- Attività di promozione e dell'affidamento familiare e di altre forme di volontariato
- Mediazione familiare e luoghi neutri
- Attività di sensibilizzazione , di costruzione di una rete sociale e di formazione rivolta in particolar modo alle agenzie educative del territorio

Ambito relativo alla presa in carico e alle progettualità a sostegno dei minori in situazione di disagio, rischio o grave pregiudizio e delle loro famiglie:

- Prestazioni psico – terapeutiche , psicologiche, di indagine diagnostica rivolte ai minori e alle famiglie
- Prestazioni riabilitative e socio-riabilitative rivolte a minori ed adolescenti
- Protezione del minore in stato di abbandono, rischio e pregiudizio attraverso interventi educativi, erogati a livello domiciliare, semiresidenziale e inserimenti in strutture protetta
- Attività relative all'affidamento e all'adozione
- Istruttorie e attività connesse ai rapporti con l'Autorità giudiziaria
- Presa in carico di progettualità relative ai casi di abuso e maltrattamento a danno dei minori comprensive dei seguenti punti :

  prevenzione del fenomeno

  1. presa in carico efficace ed integrata del caso conclamato e delle situazioni sospette , sin dalle prime fasi
  2. trattamento tempestivo della patologia familiare a cura di tutti i servizi coinvolti, anche quelli che si occupano di adulti
  3. protezione del minore

4- Per quanto riguarda la compartecipazione della spesa relativa ai singoli interventi, nelle more della definizione normativa a livello regionale , gli inserimenti in presidio residenziale a fini di tutela e di protezione di minori in situazione di abbandono, rischio o pregiudizio, che contestualmente necessitino di interventi di tipo psicoterapeutico riabilitativo e socio-riabilitativo e gli interventi educativi domiciliari o semiresidenziali a fini di tutela e di protezione di minori in situazione di abbandono, rischio o pregiudizio, che contestualmente necessitino di interventi di tipo psicoterapeutico riabilitativo e socio-riabilitativo , saranno oggetto di ulteriore definizione , attraverso uno specifico protocollo operativo.

ART. 11
COLLEGIO DI VIGILANZA

1 - Ai sensi dell'art. 34, comma 6°, del D,Lgs. n. 267/2000, la vigilanza e il controllo sull'esecuzione del presente Accordo di Programma sono esercitati da un collegio costituito dal Direttore Generale dell'ASL 8, o da suo delegato, che lo presiede e dai Presidente degli Enti Gestori, o loro delegati. Il Collegio di vigilanza, in particolare:

a) vigila sulla tempestiva e corretta attuazione dell'Accordo di Programma;
b) individua gli ostacoli di fatto e di diritto che si frappongono all'attuazione dell'Accordo di Programma, proponendo le soluzioni idonee alla loro rimozione;
c) provvede, ove necessario, alla convocazione dei soggetti sottoscrittori e di altri soggetti eventualmente interessati, per l'acquisizione dei pareri in merito all'attuazione dell'Accordo di Programma;
d) dirime in via bonaria le controversie che dovessero insorgere tra le parti in ordine all'interpretazione e all'attuazione del presente Accordo di Programma;
e) valuta le proposte di modifica del Programma e di variazioni degli interventi previsti nello stesso, formulate in base a motivate e specifiche esigenze funzionali, e, qualora lo ritenga opportuno in relazione alla loro essenzialità, in quanto comportanti la modifica dei contenuti del presente Accordo do Programma, propone la riapertura dell'Accordo stesso;
f) valuta le eventuali modifiche al Programma;
g) propone l'adozione di provvedimenti di proroga al termine di durata dell'Accordo di Programma.

2 - Per lo svolgimento dei compiti sopra elencati, il Collegio può acquisire documenti ed informazioni ed effettuare sopralluoghi ed accertamenti presso i soggetti stipulanti l'accordo.

ART. 12
VINCOLATIVITA' DELL'ACCORDO

1 - I soggetti che hanno stipulato L'Accordo hanno l'obbligo di rispettarlo in ogni sua parte e non possono compiere validamente atti successivi che lo violino o lo ostacolino e/o che siano in contrasto con esso.

2 - Gli stessi soggetti sono inoltre tenuti a compiere gli atti applicativi e attuativi dell'accordo stesso, stante l'efficacia contrattuale del medesimo.

ART. 13
APPROVAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO

1 - Ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs. 18.08.2000, n.267, comma 4, l'Accordo di Programma è approvato con atto del Direttore Generale dell'ASL 8 ed è pubblicato sul B.U.R della Regione Piemonte.
La durata del presente accordo di Programma è stabilita in anni 5 che decorrono dalla predetta pubblicazione sul B.U.R.P del provvedimento del Direttore Generale e del relativo Accordo di Programma.
Esso è automaticamente rinnovato alla scadenza , nelle more di un successivo atto in materia.
Entro tre anni dalla sottoscrizione del presente Accordo, il Collegio di vigilanza verificherà lo stato di attuazione dello stesso e proporrà le integrazioni in merito alla tempistica ed alla articolazione degli interventi.

ART.14
CONTROVERSIE

Ogni controversia derivante dall'esecuzione del presente Accordo di Programma, che non venga definita bonariamente dal Collegio di Vigilanza ai sensi del precedente articolo, sarà devoluta ad un collegio arbitrale. In tal caso, ciascuna parte designa un arbitro; gli arbitri così nominati designano a loro volta un altro arbitro, che presiederà il Collegio arbitrale. Il Collegio giudicherà la questione entro trenta giorni dall'avvio dell'esame. In tema di arbitrato si applicano le disposizioni di cui agli articoli 806 e seguenti del Codice di Procedura Civile.

Per ogni controversia è competente il Foro di Torino.

Letto, approvato e sottoscritto.

CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE DI CARMAGNOLA
Il Legale Rappresentante Sig. Roberto DEMICHELIS

CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE DI CHIERI
Il Legale Rappresentante Dott. Filadelfo ARICO'

CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE DI MONCALIERI
Il Legale Rappresentante dott.a Carla NOVARESIO

CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE DI NICHELINO
Il Legale Rappresentante Dott. Virgilio SCANSETTI

IL COMMISSARIO DELL'A.S.L.8
Dott. Giovanni CARUSO

b) L'ASL 8 provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Ente Gestore per gli interventi definiti nel comma 5, nella misura e con le modalità stabilite, con cadenza trimestrale;
c) Gli inserimenti in Centri Diurni Alzheimer verranno effettuati con modalità integrate e i pagamenti effettuati come definito al comma punto a;
d) Per gli inserimenti in Centri Diurni per anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti ogni singolo Ente si farà carico direttamente del pagamento delle spese relative alle rette, secondo le proprie competenze, nell'ambito del rapporto formalizzato fra gli Enti e la struttura;

ART 9
ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI SOCIO – SANITARI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ.

1– **Obiettivi comuni**. L'ASL 8 e gli Enti Gestori ai fini della realizzazione di una rete di servizi sanitari e sociali in grado di rispondere efficacemente ai bisogni delle persone disabili, convengono che gli obiettivi comuni sono:

a) Il raggiungimento del massimo possibile di autonomia e di integrazione sociale di ciascuna persona disabile privilegiando gli interventi territoriali e domiciliari;
b) Il mantenimento della persona disabile nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile;
c) Il perfezionamento dei livelli quantitativi e qualitativi di intervento;
d) Il ricorso alla istituzionalizzazione, secondo criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza;
e) La promozione e realizzazione di opportunità diversificate di strutture residenziali alternative all'istituzionalizzazione quali comunità alloggio, di pronto intervento, di convivenza guidata, nel rispetto delle disposizioni normative in materia ed il monitoraggio delle condizioni di vita degli ospiti finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi.

2– **Metodologie e strumenti di lavoro integrato.** Le modalità operative verranno stabilite per quanto di competenza dal Direttore del Distretto e dal Direttore dell'Ente Gestore, avvalendosi degli organi tecnici previsti dalla normativa nazionale e regionale (UVH) – D.G.R. del 22.2.93 n.147-23154 – e (U.M.) L. n.104/92 e s.m.i.
L'UVH opera in base al regolamento comune adottato formalmente dall'A.S.L.8 e dagli Enti Gestori, recependo le direttive regionali sull 'ICF .

3 – **Organizzazione delle attività** Le attività riferite all'Area "Tutela sanitaria e socio-assistenziale per le persone con disabilità", sono destinate ai cittadini dimorati nei territori definiti dagli ambiti distrettuali. L'ASL 8 e gli Enti Gestori mettono a disposizione il personale sanitario e sociale che si impegna nella realizzazione degli obiettivi e progetti integrati, per le rispettive competenze, ed il coordinamento delle attività rivolte alla tutela socio-sanitaria dei disabili viene assunto dall'ASL 8 attraverso il Direttore del Distretto e dei Consorzi attraverso i propri Direttori.

4 – **Risorse professionali messe a disposizione dagli Enti contraenti.** Ogni parte contraente garantisce la messa a disposizione delle sotto elencate competenze professionali, necessarie a realizzare gli obiettivi prefissati ed a garantire la messa in atto dei servizi e delle prestazioni, accollandosi il relativo onere, secondo quanto indicato al

successivo punto "Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti". La quantificazione delle unità di personale messe a disposizione e/o il monte ore che le stesse garantiranno per la realizzazione del progetto verranno determinate annualmente nel momento di incontro finalizzato alla programmazione congiunta con le modalità di cui ai precedenti articoli 3 e 4

b) Personale messo a disposizione da parte dell'ASL 8:
- Direttore del Distretto
- Medici del distretto e dell'AST
- Psichiatri
- Neuropsichiatri infantili
- Medici del Servizio di Assistenza Sanitaria Territoriale
- Medici di Medicina Generale
- Medici del Servizio di Medicina Legale
- Pediatri di base
- Psicologi
- Operatori del dipartimento di recupero e rieducazione funzionale
- Infermieri
- Educatori professionali
- Personale amministrativo.

c) Personale messo a disposizione dall'Ente Gestore
- Direttore dell'Ente Gestore
- Responsabile di Area
- Assistenti sociali
- Educatori professionali
- ADEST ed OSS
- Personale amministrativo a livello centrale e territoriale

5 – **Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti.** La suddivisione delle quote sotto riportate ricalca la normativa vigente in materia L.E.A. D.G.R.n.51 del 23/12/2003. In occasione dell'elaborazione e della stesura di Programmi di Attività Territoriali le eventuali diverse applicazioni potranno essere oggetto di concertazione locale fra Distretti ed Enti Gestori ed approvate dal Comitato dei Sindaci e dal Piano di Zona .

a) ASL 8 :
- Inserimenti in presidi residenziali convenzionati: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R.n.51 – 11389 del 23.12.03.
- Piani di intervento nell'ambito delle cure domiciliari dell'assistenza domiciliare, predisposti dall' UVH/UVG ed alternativi al ricovero, impossibilitati a frequentare il Centro Diurno: 60% del costo orario onnicomprensivo degli operatori ADEST e OSS utilizzati, come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03.
- Inserimenti in Centri Diurni: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- Inserimenti in attività Centro Addestramento Disabili: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- Piani di intervento nell'ambito dell'Assistenza educativa territoriale, quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- Interventi economici personalizzati a sostegno della domiciliarità , alternativi al ricovero, purché rispondente a spese documentate e con il rispetto degli obblighi previdenziali: 50% della spesa totale sostenuta dall'Ente Gestore per l'erogazione dei

contributi secondo criteri e modalità fissati mediante apposito regolamento concordato ed approvato da parte degli Enti contraenti la presente convenzione.

- Affidamenti (*intra ed extrafamiliari)*:50%

b) Ente gestore

Per le prestazioni sotto elencate l'Ente Gestore integra la quota di spesa posta a carico del cittadino, secondo criteri e modalità definite da ciascun Ente Gestore nelle more dell'individuazione - da parte della Regione Piemonte - di linee guida omogenee e fino ad un massimo corrispondente alle percentuali indicate nel presente accordo.

- Inserimenti in presidi residenziali convenzionati: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- Inserimenti in Centri Diurni: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- Inserimenti in Centri di Addestramento Disabili: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- Piani di intervento nell'ambito dell'Assistenza educativa territoriale – quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- Interventi economici personalizzati a sostegno della domiciliarità , alternativi al ricovero purché rispondente a spese documentate e con il rispetto degli obblighi previdenziali: fino ad un massimo del 50% della spesa sostenuta dall'Ente Gestore per l'erogazione dei contributi secondo criteri e modalità fissati mediante apposito regolamento concordato ed approvato da parte degli Enti contraenti il presente accordo.
- Affidamenti (*intra ed extrafamiliari)*:50%

6 – **Oneri per interventi diversi**. Potranno essere sperimentate ulteriori attività ed interventi non compresi nel presente accordo, in tal caso la ripartizione degli oneri verrà concertata in sede di definizione del Programma delle Attività Territoriali ed approvata dal Comitato dei Sindaci e dal Piano di Zona .

7 – **Modalità di pagamento/rimborso degli oneri.** Gli Enti che aderiscono al presente accordo concordano di adottare le seguenti modalità pagamento/rimborso delle prestazioni:

a) Ogni singolo Ente si farà carico direttamente del pagamento delle spese relative alla quota di spesa per rette di ricovero nelle strutture e/o di permanenza nei Centri Diurni convenzionati o affidati alla gestione di soggetti terzi, nella misura e con le modalità stabilite, secondo le proprie competenze.
b) L'ASL8 si farà carico direttamente del pagamento delle spese relative all'utilizzo di personale Educativo nell'ambito del servizio di educativa territoriale.
c) L'ASL 8 provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Ente Gestore per assegni di servizio e per affidamenti familiari, alternativi al ricovero, nella misura e con le modalità stabilite, con cadenza trimestrale.

ART. 10
ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI SOCIO - SANITARI PER I MINORI ED A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI

1 - I servizi socio sanitari del territorio sono chiamati ad assicurare risposte di tutela della salute psico-fisica del minore, delle coppie, delle famiglie e di sostegno alle responsabilità genitoriali ; essi sono tenuti ad attivare in maniera integrata le misure di tutela , presa in carico e sostegno del minore e della famiglia durante tutto il percorso di intervento , comprese eventuali iniziative disposte dall'Autorità Giudiziaria , nonché quelle conseguenti e successive agli esiti del procedimento stesso.
I servizi si dotano a tal fine di specifici protocolli di intesa interservizi al fine di definire gli obiettivi comuni, la metodologia di lavoro e livelli di responsabilità.
I servizi sanitari interessati sono i servizi sanitari di base , specialistici e consultoriali afferenti al Distretto sanitario, il servizio di Psicologia, Neuropsichiatria Infantile, i servizi ospedalieri di ostetricia , Neonatologia, Pediatria e il DEA. Sono inoltre coinvolti il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze patologiche per le attività di presa in carico di componenti famiglie con minori.
I servizi sociali interessati fanno capo ai Consorzi territoriali.

2 – I destinatari degli interventi sono i minori, le coppie e le famiglia.

3 – Gli interventi :
Ambito relativo al sostegno delle responsabilità genitoriali ed alla prevenzione del disagio attraverso attività di tipo consultoriale o di consulenza , rivolte a tutti i cittadini con particolare attenzione alla fase della prima infanzia e dell'adolescenza:

- Spazio genitori
- Spazio adolescenti
- Servizi di sostegno alla famiglia nel primo anno di vita del bambino
- Attività di promozione e dell'affidamento familiare e di altre forme di volontariato
- Mediazione familiare e luoghi neutri
- Attività di sensibilizzazione , di costruzione di una rete sociale e di formazione rivolta in particolar modo alle agenzie educative del territorio

Ambito relativo alla presa in carico e alle progettualità a sostegno dei minori in situazione di disagio, rischio o grave pregiudizio e delle loro famiglie:

- Prestazioni psico – terapeutiche , psicologiche, di indagine diagnostica rivolte ai minori e alle famiglie
- Prestazioni riabilitative e socio-riabilitative rivolte a minori ed adolescenti
- Protezione del minore in stato di abbandono, rischio e pregiudizio attraverso interventi educativi, erogati a livello domiciliare, semiresidenziale e inserimenti in strutture protetta
- Attività relative all'affidamento e all'adozione
- Istruttorie e attività connesse ai rapporti con l'Autorità giudiziaria
- Presa in carico di progettualità relative ai casi di abuso e maltrattamento a danno dei minori comprensive dei seguenti punti :

  prevenzione del fenomeno

  1. presa in carico efficace ed integrata del caso conclamato e delle situazioni sospette , sin dalle prime fasi
  2. trattamento tempestivo della patologia familiare a cura di tutti i servizi coinvolti, anche quelli che si occupano di adulti
  3. protezione del minore

4- Per quanto riguarda la compartecipazione della spesa relativa ai singoli interventi, nelle more della definizione normativa a livello regionale , gli inserimenti in presidio residenziale a fini di tutela e di protezione di minori in situazione di abbandono, rischio o pregiudizio, che contestualmente necessitino di interventi di tipo psicoterapeutico riabilitativo e socio-riabilitativo e gli interventi educativi domiciliari o semiresidenziali a fini di tutela e di protezione di minori in situazione di abbandono, rischio o pregiudizio, che contestualmente necessitino di interventi di tipo psicoterapeutico riabilitativo e socio-riabilitativo , saranno oggetto di ulteriore definizione , attraverso uno specifico protocollo operativo.

ART. 11
COLLEGIO DI VIGILANZA

1 - Ai sensi dell'art. 34, comma 6°, del D,Lgs. n. 267/2000, la vigilanza e il controllo sull'esecuzione del presente Accordo di Programma sono esercitati da un collegio costituito dal Direttore Generale dell'ASL 8, o da suo delegato, che lo presiede e dai Presidente degli Enti Gestori, o loro delegati. Il Collegio di vigilanza, in particolare:

a) vigila sulla tempestiva e corretta attuazione dell'Accordo di Programma;
b) individua gli ostacoli di fatto e di diritto che si frappongono all'attuazione dell'Accordo di Programma, proponendo le soluzioni idonee alla loro rimozione;
c) provvede, ove necessario, alla convocazione dei soggetti sottoscrittori e di altri soggetti eventualmente interessati, per l'acquisizione dei pareri in merito all'attuazione dell'Accordo di Programma;
d) dirime in via bonaria le controversie che dovessero insorgere tra le parti in ordine all'interpretazione e all'attuazione del presente Accordo di Programma;
e) valuta le proposte di modifica del Programma e di variazioni degli interventi previsti nello stesso, formulate in base a motivate e specifiche esigenze funzionali, e, qualora lo ritenga opportuno in relazione alla loro essenzialità, in quanto comportanti la modifica dei contenuti del presente Accordo do Programma, propone la riapertura dell'Accordo stesso;
f) valuta le eventuali modifiche al Programma;
g) propone l'adozione di provvedimenti di proroga al termine di durata dell'Accordo di Programma.

2 - Per lo svolgimento dei compiti sopra elencati, il Collegio può acquisire documenti ed informazioni ed effettuare sopralluoghi ed accertamenti presso i soggetti stipulanti l'accordo.

ART. 12
VINCOLATIVITA' DELL'ACCORDO

1 - I soggetti che hanno stipulato L'Accordo hanno l'obbligo di rispettarlo in ogni sua parte e non possono compiere validamente atti successivi che lo violino o lo ostacolino e/o che siano in contrasto con esso.

2 - Gli stessi soggetti sono inoltre tenuti a compiere gli atti applicativi e attuativi dell'accordo stesso, stante l'efficacia contrattuale del medesimo.

ART. 13
APPROVAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO

1 - Ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs. 18.08.2000, n.267, comma 4, l'Accordo di Programma è approvato con atto del Direttore Generale dell'ASL 8 ed è pubblicato sul B.U.R della Regione Piemonte.
La durata del presente accordo di Programma è stabilita in anni 5 che decorrono dalla predetta pubblicazione sul B.U.R.P del provvedimento del Direttore Generale e del relativo Accordo di Programma.
Esso è automaticamente rinnovato alla scadenza , nelle more di un successivo atto in materia.
Entro tre anni dalla sottoscrizione del presente Accordo, il Collegio di vigilanza verificherà lo stato di attuazione dello stesso e proporrà le integrazioni in merito alla tempistica ed alla articolazione degli interventi.

ART.14
CONTROVERSIE

Ogni controversia derivante dall'esecuzione del presente Accordo di Programma, che non venga definita bonariamente dal Collegio di Vigilanza ai sensi del precedente articolo, sarà devoluta ad un collegio arbitrale. In tal caso, ciascuna parte designa un arbitro; gli arbitri così nominati designano a loro volta un altro arbitro, che presiederà il Collegio arbitrale. Il Collegio giudicherà la questione entro trenta giorni dall'avvio dell'esame. In tema di arbitrato si applicano le disposizioni di cui agli articoli 806 e seguenti del Codice di Procedura Civile.

Per ogni controversia è competente il Foro di Torino.

Letto, approvato e sottoscritto.

CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE DI CARMAGNOLA
Il Legale Rappresentante Sig. Roberto DEMICHELIS

CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE DI CHIERI
Il Legale Rappresentante Dott. Filadelfo ARICO'

CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE DI MONCALIERI
Il Legale Rappresentante dott.a Carla NOVARESIO

CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE DI NICHELINO
Il Legale Rappresentante Dott. Virgilio SCANSETTI

IL COMMISSARIO DELL'A.S.L.8
Dott. Giovanni CARUSO

Deliberazione dell'Assemblea Consortile n. 10 del 10/05/2007
Oggetto: Approvazione della bozza di accordo di programma finalizzato alla realizzazione di un sistema integrato tra l'ASL 8 e gli enti gestori.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 49, comma 1 del T.U. delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali di cui al D.Lgs. 18/08/2000 n. 267 vengono espressi i seguenti pareri dai Responsabili dei Servizi in ordine rispettivamente:

a) alla regolarità tecnica: FAVOREVOLE

Chieri, 10/05/2007

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Il presente verbale, salva l'ulteriore lettura e sua definitiva approvazione nella propria seduta, viene sottoscritto come segue:

IL PRESIDENTE
(Prof. Agostino MIRANTI)
.....

IL SEGRETARIO
(Dr. Daniele PALERMITI)
.....

Il sottoscritto, visti gli atti d'ufficio,

ATTESTA

- che la presente deliberazione:

è stata affissa all'albo pretorio della Città di Chieri nonché all'albo delle pubblicazioni del Consorzio il giorno .....28.MAG.2007...., per rimanervi per quindici giorni consecutivi *(art. 124, c. 1, del T.U. 18.08.2000 n. 267 – art. 26 Statuto Consortile.*

è stata trasmessa al Prefetto *(art. 135 del T.U. n. 267/2000)* con lettera n.....in data .....

Chieri, li.....28.MAG.2007.....

IL SEGRETARIO
(Dr. Daniele PALERMITI)
.....

Il sottoscritto, visti gli atti d'ufficio,

ATTESTA

- che la presente deliberazione:

E' divenuta esecutiva il giorno .....:

decorsi 10 giorni dalla pubblicazione *(art. 134, c. 3, del T.U. 267/2000);*

Chieri, li.....

IL SEGRETARIO
(Dr. Daniele PALERMITI)
.....