

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

tra

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE TO3
in persona del Direttore Generale

e

il CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE C.I.S.A.P. di Grugliasco
in persona del Presidente

il CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE C.I.S.A. di Rivoli
in persona del Presidente

il CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE C.I.S.S.A. di Pianezza
in persona del Presidente

il CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE Con.I.S.A. di Susa
in persona del Presidente

il CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE C.I.di S. di Orbassano
in persona del Presidente

il CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE C.I.S.S. di Pinerolo
in persona del Presidente

il CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE DELLA VAL SANGONE C.A.S.A. di Giaveno
in persona del Presidente

la COMUNITA' MONTANA VALLI DEL PINEROLESE di Perosa Argentina
in persona del Presidente

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'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori afferenti al bacino territoriale dell'Azienda stessa danno 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 processi di concertazione finalizzati a qualificare ed ottimizzare la rete di servizi attualmente erogati sul territorio, secondo criteri di flessibilità e dinamicità 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'A.S.L. TO3 i livelli essenziali di assistenza di cui alla D.G.R. 51-11389 del 23.12.2003, gli Enti contraenti ritengono necessario 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 del percorso assistenziale.

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 lungoassistenza;
- 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.

3 - Si conviene, a tal fine, 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 nel rispetto della normativa nazionale e regionale di riferimento.

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'A.S.L. TO 3 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 – i 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.

5 - Viene inoltre concordato che le risorse finanziarie da utilizzare per perseguire le finalità di cui al successivo articolo 2 verranno quantificate annualmente dagli Enti contraenti nei Programmi delle Attività Territoriali (P.A.T.) distrettuali.

ART. 2 FINALITA'

1 - Il presente accordo è finalizzato al mantenimento ed all'implementazione di un sistema integrato nell'ambito del quale l'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori 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 delle possibili ricadute sulla 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 mediante il privilegio 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 funzionare a 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 con i servizi educativi, scolastici e con tutti gli altri servizi del territorio, al fine di concorrere a fornire una risposta globale alle esigenze della popolazione;
- e) promozione della collaborazione con il volontariato e l'associazionismo al fine di creare sinergie tra le risorse istituzionali e quelle della comunità locale;
- f) valorizzazione della capacità di valutare i costi e di utilizzare in modo appropriato ed efficiente le risorse a disposizione, incrementando la produttività e l'efficacia del sistema.

3 - Il perseguimento di tali finalità deve caratterizzare le modalità di lavoro di tutti i soggetti interessati, ivi compresi i terzi convenzionati con i singoli Enti contraenti.

ART. 3 STRUMENTI, CRITERI E PROCEDURE DI PROGRAMMAZIONE CONGIUNTA

1 - L' A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori individuano nel Distretto l'articolazione più idonea per la gestione integrata dei servizi socio-sanitari, per il rapporto con la popolazione e per il confronto con le autonomie locali.

2 - Il Distretto – quale garante della salute e responsabile della tutela – è deputato ad assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie di cui all'art. 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 e – nell'ambito delle risorse assegnate – il Distretto è dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria.

4 - 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 nei Piani di Zona – di cui alla legge regionale n. 1/2004 – e nei Profili e Piani di Salute – introdotti con la legge regionale n. 18/2007 – che devono essere tra loro coerenti nella parte relativa alle attività di integrazione socio-sanitaria.

5 - Al fine di garantire la preventiva convergenza di orientamenti dei due comparti interessati, l'omogeneità di contenuti, tempi e procedure, i Comuni associati negli Enti Gestori aderenti al presente Accordo – a tutela dei diritti della popolazione – provvedono a definire il Piano di Zona concertando con l'A.S.L. TO3 la parte relativa alle attività di integrazione socio sanitaria, nelle forme previste dall'art. 3-quater, comma 3, lettera c), del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.

6 - I Profili e Piani di Salute, opportunamente integrati con i Piani di Zona, rappresentano gli strumenti con i quali la comunità locale, a livello distrettuale, definisce gli obiettivi prioritari di salute e benessere e produce le politiche volte a perseguirli. I Profili e Piani di Salute sono predisposti dal Comitato dei Sindaci di Distretto, con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati e previa concertazione con quelli indicati dall'art. 10 della legge regionale n. 18/2007. Fatto salvo quanto previsto dall'art. 8, comma 5, della legge regionale n. 18/2007, l'A.S.L. TO3 garantisce al Comitato dei Sindaci la necessaria assistenza, la partecipazione al processo di elaborazione ed approvazione dei Profili e Piani di Salute e la disponibilità di tutte le informazioni epidemiologiche relative alla popolazione del Distretto.

7 - Attraverso il Piano Attuativo Locale (P.A.L.) l'A.S.L. TO3 programma le attività recependo, per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, quanto previsto dai Profili e Piani di Salute Distrettuali e dai Piani di Zona. Il Piano Attuativo Locale si realizza annualmente attraverso il Programma delle Attività Territoriali di Distretto nell'ambito del quale l'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori concordano le priorità degli interventi, con riferimento alle finalità di cui all'articolo 2 del presente Accordo ed in particolare:

- a) prevedono la localizzazione dei servizi a gestione diretta di cui all'art. 3-quinquies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i;
- b) determinano le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'art. 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.

8 - Il Programma delle Attività Territoriali 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, tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale. Ai fini della predisposizione del Programma l'A.S.L. TO3 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 ed ai componenti dell'ufficio di coordinamento distrettuale sugli esiti della gestione integrata delle attività oggetto del presente accordo ed 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 31 dicembre di ogni anno, nel quale concordare 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) a individuare congiuntamente – sulla base della programmazione annuale e pluriennale delle attività – la rete delle strutture pubbliche e private accreditate attraverso le quali saranno erogati gli interventi per i cittadini residenti nel territorio dell'A.S.L. TO3;
- e) a definire congiuntamente, per le rispettive competenze, i rapporti contrattuali con le strutture di cui al punto precedente.

ART. 4

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

1 - L'A.S.L. TO3 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'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori si impegnano, altresì, a mantenere gli standard quali-quantitativi dei servizi, delle attività e degli interventi così come risultanti all'atto della stipulazione del presente accordo.

3 - Gli ulteriori investimenti di risorse vengono concordati in sede di programmazione annuale delle attività con le modalità di cui al precedente art. 3.

ART. 5

ARTICOLAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI NELLA FASE DI LUNGOASSISTENZA

1 - Obiettivi comuni

L'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori, ai fini del mantenimento e dell'implementazione di una rete di servizi sanitari e socio-assistenziali in grado di rispondere efficacemente ed in modo appropriato ai bisogni dei soggetti assistiti a domicilio con progetti di lungoassistenza, convengono che gli obiettivi da perseguire sono:

- a) la promozione e l'articolazione delle attività e dei servizi in relazione alla molteplicità dei bisogni espressi, privilegiando le azioni volte a favorire il recupero ed il mantenimento della qualità della vita e ad evitare l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione improprie;
- b) il perfezionamento dei livelli quantitativi e qualitativi di intervento con particolare riferimento a quelli svolti a domicilio in forma integrata, coinvolgendo e sostenendo i familiari che curano;
- c) il mantenimento del paziente nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile;
- d) l'attivazione di una rete complessa e diversificata di prestazioni in ambito distrettuale, anche attraverso il coinvolgimento del volontariato e del privato sociale;
- e) la garanzia di una continuità dell'assistenza nelle varie fasi del percorso dell'assistito.

2 - Metodologie e strumenti di lavoro integrato

Lo strumento posto a garanzia del lavoro integrato tra gli Enti viene individuato nelle competenti Unità di Valutazione distrettuali, costituite così come previsto dalle norme regionali vigenti. Le Unità di Valutazione operano in base a protocolli/regolamenti comuni, adottati formalmente dall'A.S.L. TO3 e dagli Enti Gestori, nei quali devono essere puntualmente descritte le procedure operative dei servizi coinvolti applicate a tutti i cittadini afferenti ai singoli ambiti territoriali. I

regolamenti devono in ogni caso assicurare agli assistiti, ed a chi li rappresenta, il diritto a presentare reclamo/ricorso e ad ottenere risposta scritta.

3 - Organizzazione delle attività

Le attività riferite alle cure domiciliari nella fase di lungoassistenza sono destinate ai cittadini residenti/domiciliati nei territori definiti dagli ambiti distrettuali. L'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori mettono a disposizione il personale sanitario e sociale che si impegna nella realizzazione degli obiettivi e dei progetti integrati, nel rispetto delle competenze attribuite dalla normativa vigente. Il coordinamento delle attività rivolte alla tutela socio-sanitaria delle persone che fruiscono di cure domiciliari viene assunto dall'A.S.L. TO3 attraverso il Direttore del Distretto.

4 - Risorse professionali messe a disposizione degli Enti contraenti

Ogni parte contraente garantisce la messa a disposizione delle sotto elencate risorse 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 al precedente art. 3.

- a) Personale messo a disposizione dall'A.S.L. TO3:
 - Direttore del Distretto
 - Medico Responsabile S.S. Cure Domiciliari
 - Medici Servizio Territoriale di Continuità delle Cure
 - Medici specialisti (Geriatrici, Psichiatri, Fisiatri, etc...)
 - Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta
 - Medici S.C. Medicina Legale
 - C.P.S.E. Infermieri
 - Infermieri
 - Operatori del Recupero e Riabilitazione Funzionale
 - Assistenti Sociali
 - O.S.S.
 - Personale amministrativo centrale e distrettuale

- b) Personale messo a disposizione dall'Ente Gestore:
 - Direttore dell'Ente Gestore
 - Responsabili di Area
 - Assistenti sociali
 - A.D.E.S.T. ed O.S.S.
 - 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 e della normativa regionale vigente.

- a) A.S.L. TO3
 - 50% della spesa prevista dal Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) di lungoassistenza (inclusi tele soccorso, tele assistenza e pasti a domicilio) come definito dalla competente Unità di Valutazione, secondo i criteri e le modalità definite nel vigente protocollo finalizzato all'attuazione su base distrettuale della D.G.R. 39-11190/2009.

b) Ente Gestore

- o fino al restante 50% della spesa prevista dal Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) di lungoassistenza (inclusi tele soccorso, tele assistenza e pasti a domicilio), come definito dalla competente Unità di Valutazione, secondo i criteri e le modalità definite nel vigente protocollo finalizzato all'attuazione su base distrettuale della D.G.R. 39-11190/2009, ove la stessa non sia attribuita – in tutto o in parte - all'utente sulla base dei regolamenti degli Enti Gestori stessi.

6 - Modalità di pagamento/rimborso degli oneri

Le modalità di ripartizione delle spese relative alla gestione complessiva delle attività di cui al presente articolo, sono definite nei protocolli finalizzati all'attuazione su base distrettuale della D.G.R. 39-11190/2009.

ART. 6

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

1 - Obiettivi comuni

L'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori, ai fini del mantenimento e dell'implementazione di una rete di servizi sanitari e socio-assistenziali in grado di rispondere efficacemente ai bisogni degli anziani 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 a favorire il recupero ed il mantenimento della qualità della vita e ad evitare l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione improprie;
- b) il perfezionamento dei livelli quantitativi e qualitativi di intervento con particolare riferimento a quelli svolti a domicilio in forma integrata, coinvolgendo e sostenendo i famigliari che curano;
- c) il mantenimento dell'anziano nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile;
- d) l'attivazione di una rete complessa e diversificata di prestazioni in ambito distrettuale, anche attraverso il coinvolgimento del volontariato e del privato sociale;
- e) la garanzia di una continuità dell'assistenza nelle varie fasi del percorso dell'assistito,
- f) il potenziamento della rete di strutture semi residenziali e residenziali per anziani non autosufficienti ed 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 nella competente Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.), costituita così come previsto dalle norme regionali vigenti. L'U.V.G. opera in base a protocolli/regolamenti comuni, adottati formalmente dall'A.S.L. TO3 e dagli Enti Gestori, nei quali devono essere puntualmente descritte le procedure operative dei servizi coinvolti applicate a tutti i cittadini afferenti ai singoli ambiti territoriali. Il regolamento deve in ogni caso assicurare agli assistiti, ed a chi li rappresenta, il diritto a presentare reclamo/ricorso e ad ottenere risposta scritta.

3 - Organizzazione delle attività

Le attività riferite all'Area "Tutela sanitaria e socio-assistenziale degli anziani non autosufficienti" sono destinate ai cittadini residenti nei territori definiti dagli ambiti distrettuali. L'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori mettono a disposizione il personale sanitario e sociale che si impegna nella realizzazione degli obiettivi e dei progetti integrati, nel rispetto delle competenze attribuite dalla normativa vigente. Il coordinamento delle attività rivolte alla tutela socio-sanitaria degli anziani non autosufficienti viene assunto dall'A.S.L. TO3 attraverso il Direttore del Distretto.

4 - Risorse professionali messe a disposizione degli Enti contraenti

Ogni parte contraente garantisce la messa a disposizione delle sotto elencate risorse 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 al precedente art. 3.

- a) Personale messo a disposizione dall'A.S.L. TO3:
 - Direttore del Distretto
 - Medico Responsabile S.S. Residenzialità per anziani
 - Medici Servizio Territoriale di Continuità delle Cure
 - Medici specialisti (Geriatrici, Psichiatri, Fisiatri, etc...)
 - Medici di Medicina Generale
 - Medici S.C. Medicina Legale
 - C.P.S.E. Infermieri
 - Infermieri
 - Assistenti Sociali
 - O.S.S.
 - Personale amministrativo centrale e distrettuale

- b) Personale messo a disposizione dall'Ente Gestore
 - Direttore dell'Ente Gestore
 - Responsabile di Area
 - Assistenti sociali
 - A.D.E.S.T. ed O.S.S.
 - Personale amministrativo a livello centrale e territoriale

5 - Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti

La suddivisione delle quote sotto riportate consegue all'applicazione della D.G.R. n. 51 del 23.12.2003 e della normativa regionale vigente.

- a) A.S.L. TO3
 - Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) di lungoassistenza come definito dalla competente Unità di Valutazione secondo i criteri e le modalità di cui alla D.G.R. 39-11190/2009: 50% della spesa prevista (inclusi tele soccorso, tele assistenza e pasti a domicilio);
 - inserimento in Centro Diurno per anziani non autosufficienti: 50% della spesa sostenuta;
 - inserimenti in Centri Diurni Alzheimer: quota della retta così come definita dalla vigente normativa regionale;
 - inserimento in presidi residenziali per non autosufficienti: quota della retta così come definita dalla vigente normativa regionale.

- 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 fatta salva l'individuazione - da parte della Regione Piemonte - di linee guida omogenee e fino ad un massimo corrispondente alle percentuali indicate nel presente accordo.

 - Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) di lungoassistenza (inclusi tele soccorso, tele assistenza e pasti a domicilio), come definito dalla competente Unità di Valutazione secondo i criteri e le

modalità di cui alla D.G.R. 39-11190/2009: fino al 50% della spesa sostenuta ove la stessa non sia attribuita – in tutto o in parte – all'utente;

- inserimento in Centro Diurno per anziani non autosufficienti: fino al 50% della spesa sostenuta ove la stessa non sia attribuita – in tutto o in parte – all'utente;
- inserimenti in Centri Diurni Alzheimer: quota della retta così come definita dalla vigente normativa regionale;
- inserimento in presidi residenziali per non autosufficienti: quota della retta così come definita dalla vigente normativa regionale.

6 - Modalità di pagamento/rimborso degli oneri

Gli Enti che aderiscono al presente accordo concordano di adottare le seguenti modalità pagamento/rimborso delle prestazioni:

- a) Le modalità di ripartizione delle spese relative ai Piani Assistenziali Individuali (P.A.I.) di lungoassistenza (inclusi tele soccorso, tele assistenza e pasti a domicilio) sono definite nei protocolli finalizzati all'attuazione su base distrettuale della D.G.R. 39-11190/2009.
- b) Ogni singolo Ente si farà carico direttamente del pagamento della spesa relativa alle rette di anziani non autosufficienti collocati in strutture diurne (inclusi i Centri Alzheimer) o ricoverati dall'A.S.L. TO3 in strutture, secondo le proprie competenze, nell'ambito del rapporto formalizzato fra gli Enti e la struttura.
- c) Nel caso in cui i servizi (territoriali, semi residenziali e residenziali) siano forniti direttamente dall'Ente gestore, l'A.S.L. TO3 provvederà a rimborsare le spese poste a suo carico.

ART. 7

ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ

1 - Obiettivi comuni

L'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori ai fini del mantenimento e dell'implementazione di una rete di servizi sanitari e socio-assistenziali in grado di rispondere efficacemente ai bisogni delle persone disabili convengono che gli obiettivi comuni sono:

- a) la promozione della massima autonomia ed integrazione sociale e la differenziazione delle attività e dei servizi in relazione alla molteplicità dei bisogni espressi, privilegiando le azioni volte ad evitare l'istituzionalizzazione impropria;
- b) il perfezionamento dei livelli quantitativi e qualitativi di intervento con particolare riferimento a quelli territoriali svolti in forma integrata, coinvolgendo e sostenendo i famigliari;
- c) il mantenimento della persona disabile nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile;
- d) l'attivazione di una rete complessa e diversificata di prestazioni in ambito distrettuale, anche attraverso il coinvolgimento del volontariato e del privato sociale;
- e) la garanzia di una continuità dell'assistenza nelle varie fasi del percorso dell'assistito;
- f) la promozione e la realizzazione di opportunità diversificate di strutture residenziali alternative all'istituzionalizzazione quali comunità alloggio, di pronto intervento, di convivenza guidata, ecc..., nel rispetto delle disposizioni normative in materia;
- g) il monitoraggio delle condizioni di vita degli ospiti finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti.

2 - Metodologie e strumenti di lavoro integrato

Gli strumenti posti a garanzia del lavoro integrato tra gli Enti vengono individuati nella Unità di Valutazione dell'Attività e della Partecipazione (U.V.A.P.) e nella Unità di Valutazione Minori (U.V.M., che svolge anche le funzioni assegnate alle Unità Multidisciplinari) costituite come

previsto dalla normativa nazionale e regionale vigente. Le Unità di Valutazione operano in base a protocolli/regolamenti comuni, adottati formalmente dall'A.S.L. TO3 e dagli Enti Gestori, nei quali devono essere puntualmente descritte le procedure operative dei servizi coinvolti applicate a tutti i cittadini afferenti ai singoli ambiti territoriali. I regolamenti devono, in ogni caso, assicurare agli assistiti ed a chi li rappresenta, il diritto a presentare ricorso/reclamo e ad ottenere risposta scritta.

3 - Organizzazione delle attività

Le attività riferite all'Area "Tutela sanitaria e socio-assistenziale per le persone con disabilità", sono destinate ai cittadini residenti nei territori definiti dagli ambiti distrettuali. L'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori mettono a disposizione il personale sanitario e sociale che si impegna nella realizzazione degli obiettivi e dei progetti integrati, nel rispetto delle competenze attribuite dalla normativa vigente. Il coordinamento delle attività rivolte alla tutela socio-sanitaria dei disabili viene assunto dall'A.S.L. TO3 attraverso il Direttore del Distretto.

4 - Risorse professionali messe a disposizione dagli Enti contraenti

Ogni parte contraente garantisce la messa a disposizione delle sotto elencate risorse 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 al precedente art. 3.

- a) Personale messo a disposizione da parte dell'A.S.L. TO3:
 - Direttore del Distretto
 - Psichiatri
 - Neuropsichiatri infantili
 - Medici della S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale
 - Medici della S.C. Servizio Territoriale di Continuità delle Cure
 - Medici di Medicina Generale
 - Pediatri di libera scelta
 - Medici della S.C. Medicina Legale
 - Psicologi
 - Terapisti della riabilitazione
 - Fono – logopedisti
 - C.P.S.E. Infermieri
 - Infermieri
 - Educatori professionali
 - Personale amministrativo centrale e distrettuale.

- b) Personale messo a disposizione dall'Ente Gestore
 - Direttore dell'Ente Gestore
 - Responsabile di Area
 - Assistenti sociali
 - Educatori professionali
 - A.D.E.S.T. ed O.S.S.
 - Personale amministrativo a livello centrale e territoriale.

5 - Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti.

La suddivisione delle quote sotto riportate consegue all'applicazione della D.G.R. n. 51 del 23.12.2003 e della normativa regionale vigente.

a) A.S.L. TO3:

- Progetto Individualizzato (P.I.) come definito dalla competente Unità di Valutazione con riferimento ad interventi di assistenza domiciliare (A.D.E.S.T./O.S.S., Assistenti familiari), cure familiari, affidamento (diurno e residenziale), tele soccorso, tele assistenza e pasti a domicilio: 50% della spesa prevista, secondo quanto definito nei protocolli finalizzati all'attuazione della D.G.R. 39-11190/2009;
- Progetti Individualizzati (P.I.) nell'ambito delle cure domiciliari dell'assistenza domiciliare (S.A.D.), predisposti dall'U.V.A.P./U.V.M. ed alternativi al ricovero, per soggetti impossibilitati a frequentare il Centro Diurno: 60% del costo orario onnicomprensivo degli operatori A.D.E.S.T. e O.S.S. utilizzati, come da L.E.A. - D.G.R. n. 51 – 11389 del 23.12.03;
- Progetti Individualizzati (P.I.) 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;
- inserimenti in attività del Centro Addestramento Disabili (C.A.D.): 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 presidi residenziali convenzionati: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R.n. 51-11389 del 23.12.03.

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 fatta salva l'individuazione - da parte della Regione Piemonte - di linee guida omogenee e fino ad un massimo corrispondente alle percentuali indicate nel presente accordo.

- Progetto Individualizzato (P.I.) come definito dalla competente Unità di Valutazione con riferimento ad interventi di assistenza domiciliare (A.D.E.S.T./O.S.S., Assistenti familiari), cure familiari, affidamento (diurno e residenziale), tele soccorso, tele assistenza e pasti a domicilio : fino al 50% della spesa sostenuta ove la stessa non sia attribuita – in tutto o in parte – all'utente;
- Progetto Individualizzato (P.I.) nell'ambito delle cure domiciliari dell'assistenza domiciliare (S.A.D.), predisposti dall'U.V.A.P./U.V.M. ed alternativi al ricovero, per soggetti impossibilitati a frequentare il Centro Diurno: 40% del costo orario onnicomprensivo degli operatori A.D.E.S.T. e O.S.S. utilizzati, come da L.E.A., D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.03;
- Progetto Individualizzato (P.I.) 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;
- Inserimenti in attività Centro Addestramento Disabili (C.A.D.): 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 presidi residenziali convenzionati: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.03.

6 - Modalità di pagamento/rimborso degli oneri

Gli Enti che aderiscono al presente accordo concordano di adottare le seguenti modalità di pagamento/rimborso delle prestazioni:

- a) Le modalità di ripartizione delle spese relative ai Progetti Individualizzati (P.I.) con riferimento ad interventi di assistenza domiciliare (A.D.E.S.T./O.S.S., Assistenti familiari), cure familiari, affidamento (diurno e residenziale), tele soccorso, tele assistenza e pasti a domicilio, sono definite nei protocolli finalizzati all'attuazione su base distrettuale della D.G.R. 39-11190/2009.

- b) Ogni singolo Ente si farà carico direttamente del pagamento delle spese relative alle 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.
- c) Nel caso in cui i servizi (territoriali, semi-residenziali e residenziali) siano forniti direttamente dall'Ente Gestore o da Cooperative con questo convenzionate, l'A.S.L. TO3 provvederà al rimborso/pagamento delle spese poste a suo carico.

ART. 8 COLLEGIO DI VIGILANZA

1 - Ai sensi dell'art. 34, comma 6°, del D.Lgs. n. 267/2000, la vigilanza ed il controllo sull'esecuzione del presente Accordo di Programma sono esercitati da un collegio costituito dal Direttore Generale dell'A.S.L. TO3, o da suo delegato, che lo presiede e dai Presidenti 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 opportunità di variazione degli interventi previsti nel Programma in relazione alla loro essenzialità;
- 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, può convocarne i rappresentanti, può disporre ispezioni ed accertamenti anche peritali.

ART. 9 VINCOLI DEI CONTRAENTI

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 ed attuativi dell'accordo stesso, stante l'efficacia contrattuale del medesimo.

ART. 10 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'A.S.L. TO3 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. 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 all'articolazione degli interventi.

ART. 11 CONTROVERSIE

Per ogni controversia è competente il Foro di Torino.

Collegno, li 15 OTT. 2010

Letto, approvato e sottoscritto.

Il Direttore Generale
dell'A.S.L. TO3
Ing. Giorgio RABINO



Il Presidente del Consorzio Socio Assistenziale
C.I.S.A.P. di Grugliasco
Prof. Onofrio CARIOSCIA

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Mauro PERINO

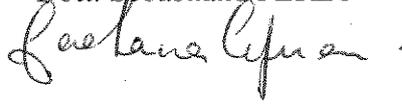
Il Presidente del Consorzio Socio Assistenziale
C.I.S.A. di Rivoli
Dott.ssa Daniela CELLI

Il Presidente del Consorzio Socio Assistenziale
C.I.S.S.A. di Pianezza
Dott. Vincenzo GIOIA

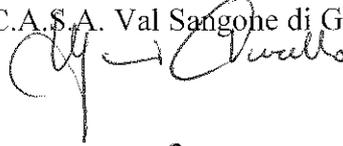
Il Presidente del Consorzio Socio Assistenziale
Con.I.S.A. di Susa
Dott.ssa Laura MUSSANO

Il Presidente del Consorzio Socio Assistenziale
C.I. di S. di Orbassano
Prof. Paolo VIOLINO

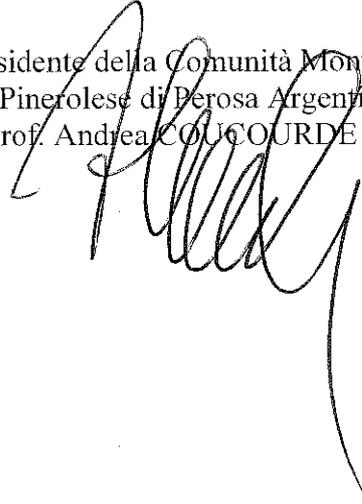
P Il Presidente del Consorzio Socio Assistenziale
C.I.S.S. di Pinerolo
Dott. Sebastiano PERES



Il Presidente del Consorzio Socio Assistenziale
C.A.S.A. Val Sangone di Giaveno



Il Presidente della Comunità Montana
Del Pinerolese di Perosa Argentina
Prof. Andrea COUCOURDE



**VERBALE DELLA CONFERENZA PREVISTA DAL 3° COMMA DELL'ART. 34 DEL
D.Lgs. 18 agosto 2000 N. 267**

OGGETTO: ACCORDO DI PROGRAMMA, ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, tra l'Azienda Sanitaria Locale n. 5 e gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali dell'ambito territoriale aziendale, 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".

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 5 della direttiva della Giunta Regionale del Piemonte relativa al procedimento amministrativo sugli Accordi di Programma, si riuniscono i soggetti coinvolti per la conferenza prevista dal 3° comma dell'art. 34 del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, al fine di verificare preliminarmente il contenuto dell'accordo stesso.

Sono presenti i Sigg.ri:

- Ing. Giorgio RABINO Direttore Generale dell'A.S.L. TO3
- Prof. Onofrio CARIOSCIA Presidente del Consorzio Socio-Assistenziale C.I.S.A.P. di Grugliasco
- Dott.ssa Daniela CELLI Presidente del Consorzio Socio-Assistenziale C.I.S.A. di Rivoli
- Dott. Vincenzo GIOIA Presidente del Consorzio Socio-Assistenziale C.I.S.S.A. di Pianezza
- Dott.ssa Laura MUSSANO Presidente del Consorzio Socio-Assistenziale Con.I.S.A. di Susa
- Prof. Paolo VIOLINO Presidente del Consorzio Socio-Assistenziale C.I. di S. di Orbassano
- Dott. Sebastiano PERES Presidente del Consorzio Socio-Assistenziale C.I.S.S. di Pinerolo
- _____ Presidente del Consorzio Socio-Assistenziale C.A.S.A. di Giaveno
- Prof. Andrea COUCOURDE Presidente della Comunità del Pinerolese di Perosa Argentina

I convenuti, dopo ampio dibattito, hanno espresso il proprio consenso unanime sulla bozza di Accordo elaborata, condividendone i contenuti e più in generale condividendo l'iniziativa, obiettivo del presente Accordo di Programma.

Il presente verbale viene redatto a cura del Dott. Oscar PEROTTI – Responsabile Area Integrata Servizi Sanitari Territoriale dell'A.S.L. TO3, in qualità di responsabile del procedimento di stipulazione dell'Accordo.

Collegno, li 15 OTT. 2010

Letto, approvato e sottoscritto.

Il Direttore Generale
dell'A.S.L. TO3
Ing. Giorgio RABINO



Il Presidente del Consorzio Socio Assistenziale
C.I.S.A.P. di Grugliasco
Prof. Onofrio GARIOSCIA
IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Mauro FERINO

Il Presidente del Consorzio Socio Assistenziale
C.I.S.A. di Rivoli
Dott.ssa Daniela CELLI

Il Presidente del Consorzio Socio Assistenziale
C.I.S.S.A. di Pianezza
Dott. Vincenzo GIOIA

Il Presidente del Consorzio Socio Assistenziale
Con.I.S.A. di Susa
Dott.ssa Laura MUSSANO

Il Presidente del Consorzio Socio Assistenziale
C.I. di S. di Orbassano
Prof. Paolo VIOLINO

Il Presidente del Consorzio Socio Assistenziale
C.I.S.S. di Pinerolo
Dott. Sebastiano PERES

Il Presidente del Consorzio Socio Assistenziale
C.A.S.A. Val Sangone di Giaveno

Il Presidente della Comunità Montana
Del Pinerolese di Perosa Argentina
Prof. Andrea COUCOURDE