



A.S.L. TO5
Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e
Nichelino



**ACCORDO ASL TO5 – CONSORZI SOCIO-ASSISTENZIALI
SUL RIORDINO DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA TUTELARE SOCIO-SANITARIA
ED ISTITUZIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO A SOSTEGNO DELLA
DOMICILIARITA' PER LA LUNGOASSISTENZA DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
ai sensi della D.G.R. n. 39-11190 del 16/04/2009**

Tra

L' Azienda Sanitaria Locale A.S.L. TO5, con sede legale in via San Domenico 21, Chieri, rappresentata dal Direttore Generale Dott. Giovanni Caruso,

e

i Consorzi Socio-Assistenziali:

CISA 12 di Nichelino, rappresentato dal Direttore: Scansetti Virgilio
CISA 31 di Carmagnola, rappresentato dal Direttore: Genesio Clara
CISSA di Moncalieri, rappresentato dal Direttore Novaresio Carla
CSSAC di Chieri, rappresentato dal Direttore Guercini Raffaella

PREMESSO

- quanto previsto dalla D.G.R. 51-11389 del 23 dicembre 2003 "D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria";
- quanto previsto dalla L.R. 1/2004;
- quanto previsto dall'Accordo di Programma stipulato tra l'Azienda Sanitaria Locale n. 8 attuale TO5 e i Consorzi socio-assistenziali di Carmagnola, Chieri, Moncalieri e Nichelino nel dicembre 2006;
- quanto previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2007-2010;
- quanto previsto dalla D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008 "Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee Guida del Piano Assistenziale Individuale";
- che in applicazione alla D.G.R. 55-9323 del 28 luglio 2008 è stato avviato lo Sportello unico Socio-Sanitario Distrettuale;

Tutto ciò premesso si conviene quanto segue:

**Art. 1
OGGETTO**

Costituisce oggetto del presente accordo il riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio sanitaria e l'istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti, come previsto dalla D.G.R. n. 39-11190 del 6 aprile 2009.

**Art. 2
OBIETTIVI COMUNI**

Il presente accordo è finalizzato a garantire il mantenimento quanto più possibile della persona anziana non autosufficiente nel suo contesto abituale, attraverso una rivisitazione

dell'attuale sistema dell'offerta dei servizi nell'ambito delle "Cure Domiciliari di Lungo Assistenza".

Le prestazioni necessarie a garantire l'assistenza domiciliare sono fornite dall'Asl TO5 e dai Consorzi socio-assistenziali in forma diretta attraverso propri operatori, in forma indiretta attraverso erogatori convenzionati o privati riconosciuti ai quali il soggetto interessato può rivolgersi previa autorizzazione.

Art. 3 DESTINATARI

Il presente accordo è esclusivamente rivolto alle persone anziane di età \geq a 65 anni residenti sul territorio dell'Asl To5 che sono stati valutati dalla competente U.V.G. e sono stati dichiarati non autosufficienti ed eligibili ad un Progetto di Cure Domiciliari in Lungoassistenza.

In relazione all'entità del fondo disponibile saranno considerati in termini di priorità le persone che necessitano di un più elevato livello di intensità assistenziale determinato dal punteggio assegnato dall'UVG.

Art. 4 IL RIORDINO DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA TUTELARE SOCIO-SANITARIA: I SERVIZI E GLI INTERVENTI PREVISTI

I servizi e le prestazioni a carattere sanitario vengono erogate e garantite dall'Asl TO5 attraverso le proprie articolazioni organizzative e secondo le regole che disciplinano specificatamente tali servizi e prestazioni.

I servizi e le prestazioni a carattere sanitario debbono strettamente integrarsi con le prestazioni a carattere socio-assistenziale al fine di un efficace risultato nei confronti delle condizioni della persona interessata e di un efficiente utilizzo delle risorse disponibili.

I servizi e le prestazioni contemplate nel presente Accordo fanno riferimento a quanto specificato nella Dgr 39-11190 del 16-4-2009 e precisamente:

<i>Tipologia Assistenza</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Soggetto</i>
Assistenza domiciliare	Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione, attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno. Costituiscono pertanto ambiti di intervento la cura e igiene della persona, prestazioni igienico sanitarie di semplice attuazione, la cura e l'igiene ambientale, il disbrigo pratiche, l'accompagnamento a visite, la	L'Adest (1)/OSS: *Per gli operatori Adest(OSS si individua come peculiare e vincolante l'esercizio di un ruolo di supporto professionale, così come definito dalla D.G.R. 46-5662 del 25 marzo 2002. L'Assistente familiare**: Con il termine "Assistente Familiare" si intende unificare quel vasto ed eterogeneo "mondo" prevalentemente femminile, spesso di origine straniera, impropriamente definito "colf"/"badante", che quotidianamente ha compiti e responsabilità di cura. Si tratta di una figura che gestisce sia il cura alla persona sia il lavoro domestico della cura della casa il lavoro svolto a domicilio in modo continuativo e/o residenziale, in rete

	spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione ecc.	con gli altri soggetti coinvolti (familiari, operatori pubblici e privati ecc.)
Cure familiari**	Cure prestate ad un congiunto da parte di chi ha con l'interessato legami di tipo familiare, per legami di parentela o affinità, oppure convive anagraficamente o di fatto con il beneficiario, attraverso un'assistenza diretta e personale.	Il familiare , che risulta parente o affine entro il 4° grado (comprendendo anche i nipoti indiretti) o il componente del nucleo familiare anagrafico o di fatto convivente con il beneficiario (con esclusione dell'assistente familiare convivente per ragioni lavorative), che può dedicare del tempo all'assistenza della persona non autosufficiente.
Affidamento**	Intervento di carattere non professionale prestato tramite volontari, singoli o famiglie, che si rendono disponibili a sostenere nel quotidiano anziani singoli o in coppia, nell'intento di mantenerli a domicilio. Si distinguono due tipologie di affidamento: - Diurna a domicilio della persona non autosufficiente; - Residenziale, con una maggiore prevalenza del lavoro di cura, che comporta un inserimento della persona all'interno del nucleo affidatario.	Il/la volontario/a capace di relazionarsi con una persona anziana nella quotidianità in un'ottica di solidarietà e vicinanza affettiva, per offrire un riferimento e un aiuto concreto a quelle persone prive di reti parentali o con familiari fragili e/o impossibilitati ad esercitare un ruolo significativo. Per la sua natura volontaristica non richiede competenze professionali specifiche, mentre richiede invece competenze e disponibilità simili a quelle normalmente assicurate da una famiglia presente e capace.
Telesoccorso**	Installazione di un terminale sul telefono di casa che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità.	Il fornitore riconosciuto da A.S.L./EE.GG. in tutti i casi è necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli opportuni interventi sia di effettuare telefonate "monitoraggio" ai soggetti in carico.
Pasti a domicilio**	Servizio di consegna pasti espletato direttamente presso l'abitazione dell'anziano.	Il fornitore riconosciuto da A.S.L./EE.GG., che provvede direttamente al confezionamento e alla consegna a domicilio di pasti.

*prestazioni sanitarie a rilevanza sociale

** prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

(1)figura ad esaurimento

Nell'ambito dei processi di assistenza tutelare socio-sanitaria i soggetti che intervengono e garantiscono tale assistenza sono rappresentati dalle figure professionali quali l' Adest e l' OSS ma anche da figure non professionali individuabili tra i famigliari e/o conviventi, i volontari riconosciuti (affidamento) e gli assistenti famigliari.

Il riconoscimento di interventi assistenziali anche da parte di figure non professionali individua anche la possibilità di considerare un contributo economico a favore di questa modalità assistenziale di cui si fanno carico i soggetti individuati nel capoverso precedente.

Art. 5

LA PROCEDURA E I RIFERIMENTI OPERATIVI: LO SPORTELLO, L'UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA, IL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATA E IL REFERENTE

Il soggetto interessato (o i suoi familiari) che ritiene di trovarsi in una condizione che necessita di assistenza temporanea o continuativa da erogarsi al domicilio o in Strutture residenziali presenta la richiesta di valutazione da parte dell'UVG.

Il riferimento territoriale per avere informazioni e accompagnamento nello svolgimento procedurale è lo Sportello Unico Socio-Sanitario che rappresenta lo strumento organizzativo che consente la gestione unificata delle procedure sanitarie e socio assistenziali connesse all'erogazione degli interventi.

La Commissione dell'UVG adotta l'approccio metodologico della valutazione multidimensionale e multiprofessionale attraverso la quale si identificano i bisogni, le tipologie assistenziali e gli obiettivi conseguenti, che devono essere chiari, condivisi, realistici e misurabili.

La Commissione dell'UVG esprime, quindi, il proprio giudizio con il Progetto indicando le specifiche necessità assistenziali e individuando sotto forma numerica il livello di intensità assistenziale tenendo conto della centralità della persona, dei suoi bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e dei familiari.

Le indicazioni dell'UVG espresse attraverso il Progetto vengono tradotte operativamente nel Piano di Assistenza Individualizzata (PAI) a cura dell'équipe che prende in carico l'assistenza della persona.

L'équipe interdisciplinare ha il compito di predisporre, verificare e aggiornare il P.A.I. ed è composta da figure professionali sanitarie e socio-assistenziali compreso il medico di medicina generale della persona.

La definizione del P.A.I. si sviluppa attraverso le seguenti fasi:

- a) conoscenza della persona e dell'ambiente di vita attraverso la raccolta dati e l'osservazione,
- a) valutazione e identificazione dei bisogni assistenziali,
- b) determinazione degli obiettivi,
- c) definizione degli interventi,
- d) attuazione, esecuzione degli interventi previsti,
- e) valutazione dei risultati.

Il P.A.I. rappresenta lo strumento operativo fondamentale (previsto dalla Dgr 42-8390 del 10 marzo 2008) che sulla base di quanto già espresso dall'UVG, dell'osservazione e acquisizione di ogni informazione utile, definisce quanto segue:

- gli obiettivi assistenziali specifici;
- le azioni, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali coinvolte;
- la frequenza e la durata di ogni intervento necessario al raggiungimento degli obiettivi;

contributi economici e non i valori economici erogabili automaticamente, essendo correlati alle specifiche necessità assistenziali individuate nel PAI.

Le prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria sono quelle indicate nell'art. 4 e specificatamente: assistenza domiciliare, cure familiari, affidamento, telesoccorso e pasti al domicilio.

Il contributo dell'Assistenza Tutelare Socio Sanitaria individuato dal PAI è rappresentato per il 50% (componente sanitaria) a carico dell'Asl To5, mentre il restante 50% (componente sociale) è a carico dell'utente/EEGG.

Per la quota a carico dell'Asl TO5 ed, eventualmente, dell'EEGG si fa riferimento all'impegno assunto nell'ambito della definizione del PAI con le specifiche modalità e valorizzazioni di cui all'art. 7.

L'impegno di cui si fa carico direttamente l'utente deve essere esplicitato e sottoscritto nell'ambito della definizione del PAI.

Nel caso in cui il PAI preveda l'intervento e la partecipazione assistenziale di un "affidatario" il Piano Assistenziale Individuale dovrà essere sottoscritto anche dall'affidatario considerando l'impegno richiesto e l "eventuale" erogazione del contributo come definito dall'art. 7.

Nel caso l'utente sia titolare di indennità di accompagnamento tale previdenza va conteggiata quale copertura della componente sociale.

L'impegno economico e la sua durata a carico dei soggetti (Asl To5, EEGG, utente) deve essere sottoscritto da tutti gli interessati ed inviato all'**ASL TO5** per la predisposizione degli atti conseguenti.

Art. 7

MODALITÀ E VALORIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TUTELARE SOCIO-SANITARIA

L'assistente familiare

Nei casi in cui il P.A.I. preveda l'attività di un "assistente familiare", questo/a deve essere regolarmente assunto/a secondo il C.C.N. del Lavoro Domestico del 16 febbraio 2007.

L'assistente familiare può essere direttamente assunto/a dal soggetto beneficiario o da fornitore riconosciuto da A.S.L. ed EE.GG.

I criteri di individuazione del fornitore saranno definiti con il Regolamento attuativo del presente accordo di cui all'art. 12.

Per la valorizzazione economica dell'assistente familiare saranno assunti come criterio di riferimento i valori retributivi del CCNL 16 febbraio 2007.

Il familiare

I due fondamentali ruoli esercitati dai familiari comportano differenziazioni sul piano del riconoscimento economico:

- 1) quando il familiare è solo caregiver, tale ruolo non è monetizzato in quanto intrinseco al legame di parentela e all'eventuale scelta di convivenza;
- 2) nel caso in cui il familiare, oltre al ruolo di caregiver, svolga anche compiti di cura nei confronti di soggetti non autosufficienti, sono previste quote di

riconoscimento economico differenti a seconda dell'intensità assistenziale in cui è stato valutato il beneficiario, integrando nel P.A.I., oltre al lavoro dei familiari, altre prestazioni/servizi, che possono essere "mixati" fra di loro fino alla concorrenza del massimale erogabile.

Nei casi in cui il P.A.I. preveda le attività di un familiare con comprovata disponibilità di tempo e capacità, il Contributo economico a sostegno della domiciliarità, è concesso a favore del familiare che si fa carico, in via preminente, della cura e dell'assistenza dell'anziano, previa formalizzazione dell'impegno con A.S.L. ed EE.GG.

Si riconoscono pertanto ai familiari, che svolgono funzioni di cura, le seguenti quote:

- **Euro 200,00** per un soggetto non autosufficiente a bassa intensità assistenziale;
- **Euro 300,00** per un soggetto non autosufficiente a media intensità assistenziale;
- **Euro 400,00** per un soggetto non autosufficiente a media-alta intensità assistenziale.

Il contributo economico ai familiari non si configura come una remunerazione delle attività di assistenza svolte ma si giustifica in relazione alle spese sostenute e all'eventuale mancato guadagno.

Le quote indicate, da un punto di vista della rendicontazione sono considerate al 50% a carico della sanità e al 50% a carico del socio-assistenziale.

L'affidatario

Nei casi in cui il P.A.I. preveda il ricorso "all'affidamento" diurno o residenziale, il contributo economico a sostegno della domiciliarità è concesso all'affidatario con le stesse modalità del familiare di cui sopra.

Ad ogni affidatario non può essere affidata più di una persona. E' possibile la valutazione di eventuali eccezioni, legate a casi di coniugi, strette parentele, convivenze, particolari condizioni di vicinato, nonché situazioni specifiche in aree geografiche ad alta dispersione territoriale.

Laddove il servizio sociale attiva l'affidamento a un volontario riconosciuto, l'attività del volontario può essere integrata dall'intervento domiciliare reso dall'assistente familiare o da altra figura professionale fino alla concorrenza del massimale previsto, analogamente a quanto avviene per i familiari.

L'affidatario è una persona riconosciuta ed accettata dall'anziano non autosufficiente.

Il contributo economico all'affidatario non si configura come una remunerazione delle attività di assistenza bensì come un ristoro in relazione alle spese sostenute .

1) affidatario caregiver

Contributo economico di Euro 200,00 quando l'affidatario esercita unicamente il ruolo di caregiver (ruolo più "leggero).

Tale ruolo sarà necessariamente integrato da altri servizi facenti parte del P.A.I. individuale (es. assistente familiare).

2) affidatario con compiti di cura

Quando l'affidatario svolge anche compiti di cura, il contributo economico previsto è diversificato sulla base delle tipologie così ripartite:

- **Euro 400,00** per un soggetto non autosufficiente a bassa intensità assistenziale privo di rete familiare;
- **Euro 500,00** per un soggetto non autosufficiente a media intensità assistenziale privo di rete familiare;
- **Euro 600,00** per un soggetto non autosufficiente a media-alta intensità assistenziale privo di rete familiare, nei confronti del quale viene attivato un affidamento, ipotizzando un intervento che preveda oltre a passaggi plurimi durante l'arco della giornata anche più momenti di copertura notturna in caso di necessità.

3) Affidamento residenziale

Si intende l'accoglienza temporanea/definitiva della persona anziana presso il domicilio dell'affidatario nei casi in cui l'assenza di reti parentali precluderebbe la permanenza presso la propria abitazione. Si tratta di un intervento connotato dalla continuità delle cure, attivabile in situazioni di maggiore necessità assistenziale evitando/ritardando così il ricorso all'istituzionalizzazione dell'anziano, con un rimborso pari a 700,00 Euro mensili.

Il telesoccorso

Si intende l'installazione di un terminale sul telefono di casa che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità.

Il fornitore dell'impianto è riconosciuto da A.S.L./EE.GG. e in tutti i casi è necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli opportuni interventi sia di effettuare telefonate "monitoraggio" ai soggetti in carico.

I criteri di individuazione del fornitore, così come la valorizzazione di tale prestazione, saranno definiti con il Regolamento attuativo del presente accordo, di cui all'art. 12.

Il valore definito dal PAI viene considerato al 50% a carico dell'Asl To5 e al 50% a carico dell'utente o EEGG.

Il pasto al domicilio

Si intende la fornitura del pasto direttamente al domicilio dell'anziano indipendentemente dal livello assistenziale.

Il fornitore riconosciuto da A.S.L./EE.GG., che provvede direttamente al confezionamento e alla consegna a domicilio di pasti.

I criteri di individuazione del fornitore, così come la valorizzazione di tale prestazione, saranno definiti con il Regolamento attuativo del presente accordo di cui all'art. 12

La fornitura del pasto può essere integrata senza specifica valorizzazione nell'ambito dell'attività svolta dal familiare, affidatario, assistente familiare, adest/oss.

Il valore definito dal PAI viene considerato al 50% a carico dell'Asl To5 e al 50% a carico dell'utente o EEGG.

Art. 8 MONITORAGGIO

Si prevedono due differenti livelli di monitoraggio:

1. l'équipe interdisciplinare, attraverso il referente del P.A.I., deve verificare almeno quadrimestralmente le condizioni delle persone in relazione all'attuazione degli impegni previsti nel PAI, al mantenimento delle condizioni di erogazione del contributo economico, nonché valutare la necessità di un'eventuale ridefinizione del PAI;

2. la rilevazione dei dati utili per la costruzione degli indicatori di cui alla tabella B della D.G.R. 39-11190 del 16 aprile 2009.

Tabella B

Descrizione	Numero di casi da 01/07/09 a 31/12/09
Numero di anziani non autosufficienti > 65 anni che hanno usufruito di contributo economico a sostegno della domiciliarità a bassa intensità	
<i>di cui già in carico in modalità integrata alla data di attivazione della delibera</i>	
1 Numero di anziani non autosufficienti > 65 anni che hanno usufruito di contributo economico a sostegno della domiciliarità a media intensità	
<i>di cui già in carico in modalità integrata alla data di attivazione della delibera</i>	
Numero di anziani non autosufficienti > 65 anni che hanno usufruito di contributo economico a sostegno della domiciliarità medio-alta intensità	
<i>di cui già in carico in modalità integrata alla data di attivazione della delibera</i>	
2 Totale anziani > 65 anni residenti (dato BDDE)	
3 Numero di soggetti in lista di attesa per l'erogazione di interventi economici a sostegno della domiciliarità	
4 Numero di rinunce (a seguito: della valutazione, della presa in carico e del PAI) agli interventi economici a sostegno della domiciliarità	
Valore dei contributi economici a sostegno della domiciliarità bassa intensità erogati nell'anno	
5 Valore dei contributi economici a sostegno della domiciliarità media intensità erogati nell'anno	
Valore dei contributi economici a sostegno della domiciliarità medio-alta intensità erogati nell'anno	
6 Spesa destinata a contributi economici a favore di soggetti infrasessantacinquenni	
7 Presenza dell'Equipe Interdisciplinare (ai sensi dell'Allegato D della D.G.R. 42/2008) per la predisposizione dei PAI	
Numero di interventi economici a sostegno della domiciliarità erogati con prestazioni Adest/Oss	
8 Numero di interventi economici a sostegno della domiciliarità erogati con prestazioni di Assistenti Familiari	
Numero di interventi economici a sostegno della domiciliarità erogati con prestazioni di Familiari	
Numero di interventi economici a sostegno della domiciliarità erogati con prestazioni di Affidatari	
Numero di interventi economici a sostegno della domiciliarità erogati con prestazioni integrate	
9 Numero di Assistenti Familiari regolarmente assunti secondo il CCN del Lavoro Domestico	

CONDIZIONI E MODALITA' DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO

La condizione indispensabile all'erogazione del contributo economico a sostegno della domiciliarità è l'accettazione da parte del soggetto destinatario, o del familiare, o dell'amministratore di sostegno/curatore/tutore, e dell'affidatario del P.A.I. (comprendente la valorizzazione del contributo).

Tale accettazione implica l'impegno da parte dell'utente, del familiare, dell'amministratore di sostegno o del tutore e dell'affidatario alla corresponsione della quota a proprio carico nella percentuale e modalità previste dal P.A.I. .

L'individuazione dell'impegno da parte dell'utente avverrà nel rispetto delle disposizioni della D.G.R. 39/2009 allegato C e della D.G.R. 37/2007 ai quali atti gli EEGG si adegueranno con specifico dispositivo formale di volontà.

Fatte salve le condizioni di urgenza che si manifestassero, l'erogazione delle prestazioni sia a rilievo sanitario sia quelle a rilievo sociale sono attivate entro 60 gg. dalla data di presentazione della domanda di valutazione.

Art. 10

OBBLIGHI DEI BENEFICIARI E MODALITA' DI SOSPENSIONE E REVOCA DELLE MISURE DI SOSTEGNO

L'Ente capofila, di cui all'art. 11, in accordo con l'Ente gestore, dispone la sospensione o la revoca delle misure di sostegno a seguito della verifica di inadempienze da parte dei beneficiari nell'assolvere agli adempimenti previsti nei progetti o in relazione a mutamenti delle condizioni che hanno dato luogo all'attivazione degli stessi. L'erogazione dei contributi viene altresì sospesa/revocata – previa contestazione scritta ed assegnazione di un termine per la fornitura di giustificazioni – in caso di mancato rispetto degli adempimenti previsti dalla presente intesa.

Nella valutazione complessiva del PAI a livello di risorse finanziarie, gli Enti gestori e l'Asl TO5 si pongono l'obiettivo generale di omogeneizzazione delle prestazioni che compongono le prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria e come obiettivo intermedio, da realizzarsi previo accordo tra gli Enti, la „valorizzazione“ economica massima per ogni singola prestazione attinente all'attività di assistenza domiciliare garantita dall'ADEST/OSS, dagli assistenti famigliari o dalla struttura del servizio dei pasti al domicilio e del telesoccorso.

Art. 11

ENTE CAPOFILA

L'Asl TO 5 viene individuata quale Ente capofila relativamente alla gestione delle procedure relative alla Dgr 39-11190 del 16 aprile 2009 allo scopo di favorire processi operativi omogenei tra i servizi dell'Asl TO5 e quelli dei Consorzi.

Art. 12

TEMPISTICA DI ATTIVAZIONE- REGOLAMENTO

L'avvio della sperimentazione secondo le indicazioni della Dgr 30-11190 del 16 aprile 2009 è stabilito a far data dal dal 1° ottobre 2009.

Entro il 15 settembre 2009 la Commissione di Coordinamento predisporrà il testo del Regolamento attuativo del presente accordo, al fine di poter essere approvato dagli organi dell'ASL TO5 e dei Consorzi Socio Assistenziali in tempo utile all'avvio indicato al 1° ottobre 2009.

Art. 13

RIFERIMENTI ALL'ORDINAMENTO REGIONALE

Per quanto non contemplato dal presente accordo si fa riferimento alle disposizioni regolamentari delle seguenti Dgr 39/2009, Dgr 37/2007, Dgr 42/2008 nonché all'ordinamento generale regolamentare in premessa citato.

Art. 14

COMMISSIONE DI COORDINAMENTO

Viene istituita una Commissione di Coordinamento composta dai Direttori di Distretto e dai Direttori degli Enti gestori e/o loro delegati al fine di:

1. verificare l'attuazione dell'accordo;
2. predisporre il regolamento attuativo del presente accordo entro il 15 settembre 2009;
3. proporre le indicazioni per la fase di passaggio dalla sperimentazione assegni di cura al presente accordo;
4. valutare i dati relativi al monitoraggio di cui all'art. 9 Dgr 39-11190 del 16 aprile 2009;
5. individuare criticità e dirimere in via bonaria eventuali difformità interpretative;
6. proporre eventuali modifiche al presente accordo.

La Commissione di Coordinamento nella sua interezza relaziona semestralmente al Direttore Generale dell'Asl TO5 e ai Presidenti degli EE.GG sui punti di cui al capoverso precedente; la prima relazione dovrà essere presentata entro il 30 settembre 2009.

La Commissione, in via prioritaria, verificherà la rispondenza dell'accordo e della relativa organizzazione gestionale, al fine di comparare la messa a disposizione delle risorse in relazione al fabbisogno espresso dal territorio, relativamente alle cure domiciliari di Lungo assistenza, formulando in tal senso un piano economico di interesse sia per l'ASL sia per gli Enti Gestori.

L'ASL TO5 e i Consorzi individueranno, tra i componenti della Commissione una figura che svolga la funzione di coordinamento.

Art. 15

RISORSE FINANZIARIE BUDGET DI DISTRETTO PER LE CURE DOMICILIARI

L'ASL TO5 e i Consorzi concordano sulla necessità che nel territorio regionale siano uniformati tutti i criteri atti al potenziamento del sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti.

Considerano le risorse regionali assegnate con la DGR 39-1190 e ripartito con la determinazione n. 217 del 8 maggio 2009, per quanto concerne gli interventi di natura socio-sanitaria nell'ambito delle cure domiciliari, aggiuntive e non sostitutive alle risorse già utilizzate a tal fine da parte dell'ASL TO5 e dei Consorzi.

Le risorse già a disposizione per la sperimentazione degli assegni di cura ASL e gli analoghi messi a disposizione dai Consorzi concorreranno, con il finanziamento regionale,

a garantire le prestazioni aggiuntive di cui alla citata DGR 39-11190 ovvero: assistenza domiciliare, cure famigliari, affidamento, telesoccorso, pasti a domicilio.

Il complessivo budget a disposizione del singolo distretto sarà quindi costituito da:

1. fondo disposto dalla DGR 39 11190;
2. fondo derivante dalla sperimentazione assegni di cura;
3. fondo derivante dalle risorse economiche già utilizzate dall'ASL TO5 e dai Consorzi per le prestazioni aggiuntive indicate dalla DGR 39-11190.

L'Ente capofila si impegna a garantire attraverso il budget costruito come sopra l'erogazione monetaria stabilita nel PAI a favore degli utenti, per le seguenti prestazioni: cure famigliari, affidamento, telesoccorso, pasti a domicilio.

I Consorzi si impegnano a garantire la liquidità dei budget stabiliti a favore dell'ASL al fine di assicurare un'efficace ed efficiente erogazione monetaria a favore dell'utenza presa in carico.

Le prestazioni OSS verranno liquidate, come da prassi consolidata e sancita dalle convenzioni che hanno regolato la materia di cui trattasi.

Le modalità operative di relazione tra l'ASL TO5, i Consorzi e i beneficiari dell'erogazione saranno concordate all'interno del Regolamento di cui all'art. 12.

Art. 16 CONTROVERSIE

La Commissione centrale, di cui all'allegato A - punto 2.4 della DGR 39-11190, individuata con apposito provvedimento regionale, costituisce il livello di riferimento e di garanzia in ordine alle eventuali controversie, che dovessero insorgere tra i diversi soggetti (ASL/Enti gestori/utenti/famigliari/associazioni rappresentative).

Azienda Sanitaria Locale ASL TO5
Il Direttore Generale
Giovanni Caruso

Consorzi Socio Assistenziali:

C.I.S.A. 12 di Nichelino
Il Direttore
Virgilio Scansetti

C.I.S.A. 31 di Carmagnola
Il Direttore
Clara Genesio

C.I.S.S.A. di Moncalieri
Il Direttore
Carla Novaresio

C.S.S.A.C. di Chieri
Il Direttore

Raffaela Guercini

Condividono e sottoscrivono altresì il presente documento:

ASL TO5
Distretto Sanitario di Carmagnola
Il Direttore: Dario Filiberti

ASL TO5
Distretto Sanitario di Chieri
Il Direttore f.f. : Margherita De Simone

ASL TO5
Distretto Sanitario di Moncalieri
Il Direttore: Teresa Bevivino

ASL TO5
Distretto Sanitario di Nichelino
Il Direttore: Fortunato Romeo

C.I.S.A. 12 di Nichelino
Il Presidente
Bruno Sorano

C.I.S.A. 31 di Carmagnola
Il Presidente
Giorgio Albertino

C.I.S.S.A. di Moncalieri
Il Presidente
Milena Allocco

C.S.S.A.C. di Chieri
Il Presidente f.f.
Nicola Rotondale
