

ALLEGATO A

REGOLAMENTO SULL'ASSISTENZA NON SANITARIA PRIVATA (SOSTEGNO ESTERNO) NEI PRESID OSPEDALIERI DELL'ASL VCO

PREMESSA

Il Regolamento disciplina la presenza nelle strutture di degenza dell' ASLVCO, al di fuori dell'orario di visita, di familiari e di altre persone di sostegno esterne all'ASL per l'assistenza ai pazienti.

Si distinguono due differenti tipologie di sostegno esterno effettuato da privati:

1. assistenza non sanitaria privata espletata a titolo gratuito da familiari, parenti o persone di fiducia (comprese le "badanti" personali del ricoverato);
2. assistenza non sanitaria privata espletata a titolo oneroso da cooperative sociali, agenzie/impres e soggetti singoli.

I rapporti con le Associazioni di Volontariato accreditate sono regolati da specifiche Convenzioni, pertanto sono escluse da questo Regolamento.

OBIETTIVI

Il regolamento ha l'obiettivo di disciplinare l'attività di sostegno esterno privato , al fine di:

- tutelare le persone degenti, sia quelli che richiedano assistenza privata, sia di riflesso quelle che non richiedono tale forma di assistenza, favorendo il rispetto di norme igienico - sanitarie, organizzative e di sicurezza;
- garantire a tutto il personale medico/tecnico/infermieristico/riabilitativo e di supporto, il corretto espletamento della propria attività, tutelandolo da eventuali eventi avversi non di propria responsabilità;
- garantire alle persone che effettuano assistenza di sostegno privata a titolo oneroso, il corretto espletamento della propria attività, nell'osservanza della normativa vigente.

Art. 1

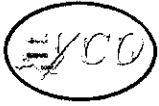
(Ambito di applicazione)

Il presente regolamento si applica in tutte le strutture di degenza dei presidi ospedalieri dell'ASL VCO; regola forme di sostegno ai pazienti ricoverati diverse dalla funzione assistenziale istituzionalmente fornita dal personale del SSN.

Art. 2

(Definizione)

Per sostegno esterno nel presente regolamento si intende l'insieme di attività non sanitarie prestate al degente come supporto psicologico, affettivo e relazionale; sono quindi da ritenersi escluse da tali attività tutte le funzioni proprie dell'assistenza sanitaria.



Art. 3
(Tutele)

È fatto assoluto divieto al personale dipendente di ammettere la presenza nelle strutture di degenza di singoli soggetti prestatori di assistenza a titolo oneroso che non siano presenti negli elenchi di cui all'art. 6; è altresì fatto divieto al predetto personale di svolgere funzioni di intermediario per il reperimento di persone che prestano assistenza non sanitaria privata a pagamento.

Art. 4
(Soggetti richiedenti)

I soggetti ammessi a svolgere l'assistenza non sanitaria privata ai degenti sono:

- componenti del nucleo familiare, oppure della cerchia parentale o amicale;
- badanti personali del ricoverato;
- dipendenti di associazioni, società, cooperative, agenzie oppure soggetti singoli prestatori di assistenza privata a pagamento, in possesso della maggiore età.

Art. 5
(Autorizzazioni)

Al fine di garantire la massima trasparenza, presso le Direzioni sanitarie di presidio dell'A.S.L. VCO è presente un elenco pubblico dei soggetti (agenzie, cooperative, singoli soggetti disponibili a prestare assistenza a titolo oneroso).

L'elenco deve indicare: dati anagrafici, domicilio, recapito telefonico delle agenzie e dei singoli soggetti prestatori di assistenza non sanitaria privata e tariffa oraria.

Tale elenco ha validità annuale ed è aggiornato, con periodicità trimestrale, dalla SOC Direzione Sanitaria Ospedaliera. Una copia di tale elenco viene anche esposto in apposita bacheca presso le strutture di degenza.

Le Cooperative, agenzie, imprese o associazioni che intendono fornire collaboratori per lo svolgimento di assistenza non sanitaria privata devono presentare domanda di autorizzazione, corredata dalla prescritta documentazione, indirizzata alla SOC Direzione Sanitaria Ospedaliera .

La domanda di inserimento in elenco in carta libera (secondo il facsimile allegato 1) deve indicare anche mediante autocertificazione secondo i termini di legge:

- stato giuridico;
- legale rappresentante;
- sede legale;
- recapito postale e telefonico;
- iscrizione alla Camera di Commercio;
- apertura della partita IVA o attestazione di possesso;
- l'elenco dei collaboratori, con indicazione del nome cognome, data e luogo di nascita ed eventuali esperienze professionali in materia di assistenza integrativa; per i collaboratori stranieri indicare il possesso della certificazione di regolare soggiorno sul territorio italiano nonché attestare la comprensione della lingua italiana



- polizza assicurativa di responsabilità civile verso terzi per un massimale di almeno € 500.000,00;
- dichiarazione di esonero di responsabilità dell'Azienda nel caso di eventi comportanti un infortunio della persona assistita;
- dichiarazione di presa visione e di impegno a dare piena e integrale applicazione del presente Regolamento per l'esercizio dell'assistenza non sanitaria integrativa privata, nonché alla normativa vigente e ai regolamenti in materia di privacy, sicurezza e norme comportamentali;
- dichiarazione di esonero dell'Azienda Sanitaria da qualsiasi responsabilità da illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza integrativa non sanitaria prestata da propri collaboratori/soci;
- tariffa oraria applicata ed il rispetto delle norme di legge relative alla contribuzione e retribuzione del personale

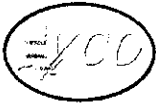
Il titolare dell'autorizzazione in argomento è tenuto a comunicare per iscritto e con immediatezza alle segreteria della SOC Direzione Sanitaria Ospedaliera qualsiasi modifica inerente il contenuto della documentazione di cui ai punti precedenti, al fine di consentire la valutazione del mantenimento dei requisiti richiesti.

È onere specifico della cooperativa/agenzia/associazione di accertare il possesso delle certificazioni di regolare soggiorno sul territorio italiano da parte dei propri operatori stranieri, nonché la comprensione della lingua italiana.

I singoli soggetti prestatori di assistenza che intendono fornire assistenza non sanitaria privata, devono presentare domanda di autorizzazione, corredata dalla prescritta documentazione, indirizzata al Direttore della SOC Direzione Sanitaria ospedaliera.

La domanda di inserimento in elenco in carta libera (secondo il facsimile di cui all'allegato 2) deve indicare anche mediante autocertificazione secondo i termini di legge:

- dati anagrafici;
- possesso della partita IVA /codice fiscale;
- recapito postale e telefonico;
- copia di polizza assicurativa di responsabilità civile verso terzi per un massimale di almeno € 500.000,00;
- dichiarazione di esonero di responsabilità dell'Azienda nel caso di eventi comportanti un infortunio della persona assistita;
- dichiarazione di regolarità del permesso di soggiorno e la comprensione della lingua italiana (solo per richiedenti stranieri);
- dichiarazione di presa visione e di impegno a dare piena e integrale applicazione al Regolamento per l'esercizio dell'assistenza non sanitaria privata dell'ASL VCO, nonché alla normativa vigente e ai regolamenti in materia di privacy, sicurezza e norme comportamentali;
- dichiarazione di esonero dell'Azienda Sanitaria da qualsiasi responsabilità da illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza non sanitaria privata
- tariffa oraria applicata.



Il titolare dell'autorizzazione in argomento è tenuto a comunicare per iscritto e con immediatezza alle segreteria della SOC Direzione Sanitaria Ospedaliera qualsiasi modifica inerente il contenuto della documentazione di cui ai punti precedenti, al fine di consentire la valutazione dei requisiti richiesti.

Allo scadere del periodo di copertura assicurativa si procederà d'ufficio alla cancellazione dall'elenco delle persone autorizzate fino alla regolarizzazione dei documenti.

Art. 6

(Permessi di ingresso e registrazione presenza)

La presenza di familiari o di soggetti ammessi a svolgere assistenza non sanitaria privata al di fuori dell'orario di visita deve essere richiesta direttamente dal ricoverato, dai suoi familiari e/o dagli aventi titolo.

L'autorizzazione è di competenza del Coordinatore Infermieristico o suo delegato. Tale autorizzazione consente la presenza all'interno della struttura, in deroga al generale divieto di permanenza nell'ospedale oltre gli orari di visita dei pazienti, per il periodo strettamente indicato.

La registrazione della persona autorizzata verrà effettuata sull'apposito registro presente in ogni struttura di degenza a cura del coordinatore infermieristico o suo delegato. Detto registro dovrà contenere i seguenti elementi: numero progressivo, data, cognome e nome dell'assistito, ora entrata, grado di parentela (per soggetti privati) , indicazione della cooperativa /agenzia/associazione, badante se trattasi di badante, ora uscita, cognome e nome leggibile e firma della persona che presta assistenza, firma del personale infermieristico o OSS che ha identificato la persona di assistenza.

Per ciascun paziente può essere autorizzata la presenza di un solo familiare/assistente per volta; all'ingresso, la persona autorizzata deve essere identificata dal personale infermieristico mediante esibizione di documento di identità.

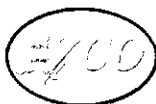
Le badanti personali sono autorizzate previa compilazione dell'apposito modulo (allegato 3) di assunzione di responsabilità da parte del dichiarante firmato del paziente ricoverato se collaborante o da un parente dello stesso con acquisizione in quest'ultimo caso della fotocopia del documento di identità del firmatario da conservare allegata al registro .

Art. 7

(Regole di comportamento)

Chiunque presti assistenza non sanitaria privata a titolo gratuito o a pagamento deve attenersi scrupolosamente alle norme contenute nel presente regolamento:

- richiedere l'intervento del personale, cui compete erogare l'attività assistenziale, per qualsiasi esigenza della persona ricoverata che esuli dalle funzioni connesse con il "sostegno alla persona";
- rispettare scrupolosamente le regole e i regolamenti interni al reparto;
- rispettare scrupolosamente le norme igienico sanitarie, organizzative e di sicurezza;
- mantenere un comportamento improntato al massimo rispetto verso il paziente, gli altri degenti, il personale del reparto e il luogo nel quale si trova;
- mantenere il proprio telefono cellulare spento o in modalità che non rechi disturbo ai ricoverati;



- allontanarsi durante gli interventi sanitari sia medici sia infermieristici;
- attenersi alla segretezza, riservatezza sulle condizioni di salute dei degenti ed altre informazioni cui si venga a conoscenza in occasione della permanenza in reparto (D.Lgs. 196/2003; art. 622 c.p.);
- rispettare l'assoluto divieto di fumare;
- non svolgere prestazioni di carattere sanitario;
- non interferire nelle mansioni del personale dipendente, né sostituirsi ad esso, ma attenersi scrupolosamente alle indicazioni ricevute;
- non fare propaganda della propria attività presso i degenti, i loro familiari, il personale ospedaliero o diffondere materiale pubblicitario;
- non assistere contemporaneamente più di una persona;
- non arrecare disturbo soprattutto nell'orario notturno anche mediante l'utilizzo di sdraio o poltrone che possono intralciare il passaggio;
- non somministrare farmaci, alimenti e/o bevande non preventivamente autorizzate dal personale sanitario della Struttura.

L'inosservanza delle presenti disposizioni comporta per colui che presta assistenza non sanitaria privata il divieto di trattenersi all'interno dell'ospedale o di svolgere qualsiasi prestazione a favore di pazienti ricoverati presso le strutture di degenza dell'ASL VCO ovvero, nei casi più gravi, la cancellazione dall'elenco aziendale per un periodo di anni uno.

Per danni derivanti all'ASL VCO o ai propri dipendenti a seguito di prestazioni connesse o collegate con l'assistenza non sanitaria l'azienda ha facoltà di agire secondo le vigenti disposizioni di legge per il risarcimento del danno.

Art. 8

(Obblighi per il personale dipendente)

Al personale dell'Azienda è fatto assoluto divieto di prestare assistenza non sanitaria privata a titolo oneroso, effettuare attività di intermediazione nonché di rilasciare nominativi di persone/agenzie/cooperative deputate all'assistenza non sanitaria integrativa privata ai parenti o pazienti, che ne facciano richiesta.

Il personale dipendente non può richiedere ai soggetti che svolgono assistenza non sanitaria privata di compiere attività di carattere sanitario/assistenziale.

Al personale dipendente è fatto divieto di ammettere la presenza nella struttura di singoli soggetti prestatori di assistenza che non siano presenti negli elenchi di cui all'art. 6.

Art. 9

(Vigilanza e controllo)

La funzione di vigilanza sull'applicazione delle disposizioni di cui agli artt. 6 e seguenti e della SOC SITRPO.

Il controllo relativo al rapporto economico tra le parti (degente e soggetto che presta assistenza) e gli accertamenti sugli adempimenti fiscali e tributari a carico dei soggetti che prestano l'assistenza, sono di competenza degli organi preposti dalla legge.

La SOC Direzione Sanitaria Ospedaliera ASL VCO può disporre controlli circa la veridicità delle dichiarazioni contenute rese da coloro che richiedono di essere autorizzati a prestare attività di assistenza non sanitaria.



Art. 10

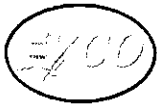
(Diffusione)

Il Regolamento sarà diffuso attraverso il Sito internet aziendale, l'intranet aziendale e le bacheche interne delle strutture di degenza dell'ASL VCO.

Art. 11

(Entrata in vigore)

Il presente Regolamento entra in vigore dal 1° gennaio 2017.



Allegato 1 (cooperative/agenzie)

FAC SIMILE DOMANDA DI INSERIMENTO ELENCHI PER ASSISTENZA INTEGRATIVA PRIVATA PRESSO I REPARTI DI DEGENZA PP.OO. ASL V.C.O.

Al Direttore SOC Direzione Sanitaria Ospedaliera
ASL VCO

Con la presente il/la/ sottoscritto/a legale rappresentante della Cooperativa/Agenzia/Associazione (scegliere la voce relativa) denominata avente sede legale in Via Cod. post. Comune di recapito telefonico indirizzo email

CHIEDE

Di essere inserito negli elenchi per assistenza integrativa privata presso i reparti di degenza del Presidio Ospedaliero di Verbania/Domodossola / di entrambi i Presidi Ospedalieri dell'ASL VCO (scegliere la voce che interessa).

A tal fine dichiara:

- che la Cooperativa/Agenzia/Associazione (scegliere la voce relativa) risulta iscritta alla Camera di Commercio (allegare documentazione ovvero autocertificare i dati dell'iscrizione);
- che Cooperativa/Agenzia/Associazione (scegliere la voce relativa) è in possesso della seguente Partita IVA /C.F.
- che presso la Cooperativa/Agenzia/Associazione (scegliere la voce relativa) svolgono la loro attività i soggetti indicati nell'elenco allegato alla presente richiesta (indicare per ogni collaboratore: nome e cognome, data e luogo di nascita, eventuali esperienze professionali in materia di assistenza integrativa; per i collaboratori stranieri indicare il possesso della certificazione di regolare soggiorno sul territorio italiano nonché la comprensione della lingua italiana)
- di essere in possesso della copertura assicurativa richiesta (allegare copia della polizza o autocertificare gli estremi)
- di aver preso visione e di impegnarsi alla piena ed integrale applicazione del regolamento per l'esercizio dell'assistenza non sanitaria integrativa privata nonché alla normativa vigente e ai regolamenti in materia di privacy, sicurezza e norme comportamentali
- di esonerare da ogni responsabilità l'ASL VCO nel caso di eventi comportanti un infortunio alla



persona assistita e da qualsiasi responsabilità da illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza integrativa non sanitaria prestata dai propri collaboratori/soci

- di applicare la seguente tariffa oraria e di rispettare le norme di legge relative

alla contribuzione e retribuzione del personale

Il/la sottoscritto/a quale legale rappresentante della Cooperativa/Agenzia/Associazione (scegliere la voce relativa) si impegna a comunicare con immediatezza qualsiasi modifica inerente la documentazione di cui ai punti precedenti nonché di fornire alla scadenza della polizza assicurativa il relativo certificato di rinnovo pena la cancellazione dal predetto elenco.

.....

Cooperativa/Agenzia/Associazione

IL LEGALE RAPPRESENTANTE



Allegato 2(singolo soggetto)

FAC SIMILE DOMANDA DI INSERIMENTO ELENCHI PER ASSISTENZA INTEGRATIVA PRIVATA PRESSO I REPARTI DI DEGENZA PP.OO. ASL V.C.O.

Al Direttore SOC Direzione Sanitaria
Ospedaliera ASL VCO

Con la presente il/la/ sottoscritto/a Nato a il
..... residente in Via Cod. post. Comune
di recapito telefonico indirizzo email
.....

CHIEDE

Di essere inserito negli elenchi per assistenza integrativa privata presso i reparti di degenza del Presidio Ospedaliero di Verbania/Domodossola / di entrambi i Presidi Ospedalieri dell'ASL VCO (scegliere la voce che interessa).

A tal fine dichiara:

- di essere in regola con il permesso di soggiorno e di comprendere la lingua italiana (solo per soggetti stranieri)
- di essere in possesso della seguente Partita IVA
- di essere in possesso della copertura assicurativa richiesta (allegare copia della polizza o autocertificare gli estremi)
- di aver preso visione e di impegnarsi alla piena ed integrale applicazione del regolamento per l'esercizio dell'assistenza non sanitaria integrativa privata nonché alla normativa vigente e ai regolamenti in materia di privacy, sicurezza e norme comportamentali
- di esonerare da ogni responsabilità l'ASL VCO nel caso di eventi comportanti un infortunio alla persona assistita e da qualsiasi responsabilità da illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza integrativa non sanitaria integrativa privata
- di applicare la seguente tariffa oraria

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare con immediatezza qualsiasi modifica inerente la documentazione di cui ai punti precedenti nonché di fornire alla scadenza della polizza assicurativa il relativo certificato di rinnovo pena la cancellazione dal predetto elenco.

.....
FIRMA.....



PRESIDIO OSPEDALIERO.....
SC.....

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a, degente ovvero parente¹
(.....) del degente....., dichiara assumendosi la
piena responsabilità per eventuale dichiarazione mendace che per il giorno/giorni
..... sarà prestata assistenza al degente dal/dalla sig./sig.ra
..... di nazionalità il quale/la quale presta già
regolarmente assistenza in qualità di badante presso il domicilio del degente.

Allega fotocopia del documento di identità (solo per parente)

In fede

DATA.....

FIRMA.....

¹ Indicare il grado di parentela