

REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO  
OMEGNA

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE N. 90 del 11 MARZO 2016

O	ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N.517 DEL 29.12.2015
G	AVENTE PER OGGETTO: APPROVAZIONE DEGLI SCHEMI DI
G	CONTRATTO TRA L'ASL VCO, EE.GG. DELLE FUNZIONI SOCIO
E	ASSISTENZIALI E RR.SS.AA. DELL'ASL VCO PER LO SVOLGIMENTO
T	INTEGRATO DELL' ATTIVITA' SOCIO SANITARIE A FAVORE DI
T	ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PERIODO 1.1.2016-31.12.2018.
O	RETTIFICA E RIADOZIONE.

L'anno duemilasedici il giorno UNDICI  
del mese di MARZO in OMEGNA,

**IL DIRETTORE GENERALE**

- Dott. Giovanni Caruso 

coadiuvato da:

- Dott. Antonino Trimarchi **DIRETTORE SANITARIO** 

- Dott. Antonio Jannelli **DIRETTORE AMMINISTRATIVO** 

Riservato alla S.O.C. Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie per la registrazione della spesa  
data \_\_\_\_\_

al N. \_\_\_\_\_ conto \_\_\_\_\_

Si attesta la regolarità contabile e le imputazioni a  
Bilancio derivanti dal provvedimento

Il Direttore F.F. SOC REF  
(Dott.ssa Manuela Succi)

Beneficiario \_\_\_\_\_ €. \_\_\_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ €. \_\_\_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ €. \_\_\_\_\_

Annotazioni eventuali :

PROPOSTA ISTRUTTORIAPRESENTATA DAI DIRETTORI DI DISTRETTI DI DOMODOSSOLA OMEGNA VERBANIA

- **Richiamata** la deliberazione n.517 del 29/12/2015 avente per oggetto: "Approvazione degli schemi di contratto tra l'ASL VCO, EE.GG. delle funzioni socio assistenziali e RR.SS.AA. dell'ASL VCO per lo svolgimento integrato dell'attività socio sanitaria a favore di anziani non autosufficienti periodo 1-1-2016 - 31-12-2018
- **Richiamato** l'allegato A) parte integrante e sostanziale della sopra riportata deliberazione n.517 del 29/12/2015, in particolare il punto 3 di pag.4 e il punto 4 di pag. 4 e 5 che si riportano integralmente:

3. Per le tipologie indicate al punto 2 l'ASL contraente è tenuta a corrispondere al Presidio, nel rispetto delle disposizioni vigenti, la quota tariffaria, prevista in:

Livello di intensità	Tariffa complessiva Periodo 1.01.2016 -31.12.2018
Nucleo Alzheimer Temporaneo	€. 92,83/die
Alta Intensità Ass. - Livello Incrementato	€. 52,22/die
Alta Intensità Assistenziale	€. 47,87/die
Medio-Alta Intensità Assistenziale.	€. 44,00/die
Media Intensità Assistenziale	€. 38,68/die
Medio-Bassa Intensità Assistenziale	€. 36,50/die
Bassa Intensità Assistenziale	€. 35,78/die
Centro Diurno Integrato Anziani	€. 23,00/die
Centro Diurno Integrato Autonomo Anziani	€. 23,00/die
Centro Diurno Alzheimer Integrato	€. 49,00/die
Centro Diurno Integrato Alzheimer Autonomo	€. 49,00/die

4. Per le tipologie indicate al punto 2 la quota tariffaria a carico dell'utente/Comune - che, qualora ricorrono i presupposti previsti dalle disposizioni in materia, potrà essere parzialmente integrata dall'E.G. ovvero dal Comune competente per territorio di residenza del cittadino utente - è stabilita in:

Livello di intensità	Tariffa complessiva Periodo 1.01.2016 -31.12.2018
Nucleo Alzheimer Temporaneo	€. 39,79/die
Alta Intensità Ass. - Livello Incrementato	€. 52,22/die
Alta Intensità Assistenziale	€. 47,87/die
Medio-Alta Intensità Assistenziale.	€. 44,00/die
Media Intensità Assistenziale	€. 38,68/die
Medio-Bassa Intensità Assistenziale	€. 36,50/die
Bassa Intensità Assistenziale	€. 35,78/die
Centro Diurno Integrato Anziani	€. 23,00/die
Centro Diurno Integrato Autonomo Anziani	€. 23,00/die

- **Rilevato** che per errore materiale di dattilografia al punto 3 pag.4 e al punto 4 di pag.5 di cui sopra, relativamente al Nucleo Alzheimer Temporaneo è stata rispettivamente indicata la cifra di Euro.92,83 die e di Euro 39,79 die invece di Euro 91,20 die ed Euro 41,42 die
- **Ritenuto** di dover sanare gli errori evidenziati in ordine ai punti in trattazione procedendo alla rettifica dell'allegato A) alla deliberazione n.517 del 29.12.2015 con riadozione dello stesso
- **Datq atto che** dalla assunzione del presente atto non conseguono oneri di spesa aggiuntivi

## PROPONE DI DELIBERARE

1. **Di** rettificare per errore materiale di dattilografia l'allegato A) parte integrante e sostanziale alla deliberazione 517 del 29.12.2015 avente per oggetto: approvazione degli schemi di contatto tra l'Asl VCO Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e RR.SS.AA. dell'Asl VCO per lo svolgimento integrato delle attività socio sanitarie a favore di anziani non autosufficienti periodo 1.1.2016-31.12.2018, nel senso che a pagina 4 punto 3 relativamente al Nucleo Alzheimer temporaneo l'importo è di Euro 91,20 die e a pag.5 punto 4, relativamente alla stessa tipologia l'importo è di 41,42 die.
2. **Di riadottare** l'allegato in argomento come sopra modificato sotto la lettera A) quale parte integrante e sostanziale al presente deliberato.
3. **Di dare** atto che dalla assunzione del presente provvedimento non conseguono oneri aggiuntivi di spesa.
4. **Di** incaricare gli uffici distrettuali per le incombenze derivanti dalla adozione del presente atto.
5. **Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento proposta**

IL DIRETTORE

DISTRETTO DOMODOSSOLA  
(Dr.Romano Ferrari)

IL DIRETTORE

DISTRETTO OMEGNA  
(Dott.Bartolomeo Ficili)

IL DIRETTORE

DISTRETTO VERBANIA  
(Ref. Dott.Bartolomeo Ficili)

## IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la sopraestesa proposta istruttoria

ACQUISITO il parere favorevole espresso, ai sensi dell'art. 3, comma 1-quinquies, del D.lgs. n. 229/1999 dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario

DECIDE

di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

Letto, confermato e sottoscritto

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Giovanni Caruso)

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Antonino Trimarchi)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Antonio Iannelli)

### RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che copia del presente atto è stata posta in pubblicazione all'Albo Ufficiale dell'A.S.L. VCO il giorno 11 MAR. 2018 per 15 giorni continuativi.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

ESECUTIVITA' IN DATA \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Trasmissione a:

- Collegio Sindacale
- Conferenza dei Sindaci
- Giunta Regionale

Nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Copia per strutture:

DSO V
SERT
DIST. 0
DIST. V
DIST. D
ML
MED URG
SITRPO

DSM
DP
F
SD
LP
AG
BC
RU
PP

MED. COMP
FL
REF
ITB
ICT
DIP. PAT. CHIRUR.
DIP TECNICO AMMVO
DIP. PAT. ONCOL.
DIP. SERVIZI DIAGN.

DIP. EMERG. URG.
DIP. AREA CRITICA
DIP. DIPENDENZE
DIP. POST ACUZIE
DIP. PAT. CNV
DIP. FARMACO
DIP. PAT. MEDICHE
DIP. MAT. INF.
PSICOLOGIA