



CONVENZIONE PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITA' RELATIVE ALL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Tra

l'A.S.L. V.C.O. (di seguito denominata semplicemente A.S.L.), con sede ad Omegna in via Mazzini 117 n° codice fiscale 00634880033, legalmente rappresentata, per il presente atto, dal Direttore del Distretto VCO dr. Bartolomeo Ficili, su delega del Direttore Generale dr. Giovanni Caruso;

e

l'Ente Gestore dei Servizi Socio Assistenziali denominato Consorzio dei Servizi Sociali di con sede a, in via codice fiscale legalmente rappresentato dal Presidente pro tempore

per l'applicazione della DGR 51-11389 del 23.12.2003 relativa ai Livelli Essenziali di Assistenza nell'Area dell'integrazione socio sanitaria

PREMESSO CHE

- l'ASL e gli Enti Gestori afferenti al bacino territoriale dell'Azienda stessa danno attuazione alle disposizioni contenute nella DGR 51-11389 del 23.12.2003 "DPCM 29.11.2001, allegato 1.Punto 1.C. Applicazione dei LEA all'area dell'integrazione socio sanitaria" attraverso processi di concertazione finalizzati a qualificare ed ottimizzare la rete di servizi erogati sul territorio, secondo criteri di flessibilità e dinamicità;
- è convinzione comune degli Enti contraenti che l'integrazione tra comparto sociale e comparto sanitario presupponga la certezza dei diritti delle persone, l'individuazione dei soggetti deputati a garantirli, definite risorse per attuarli.
- a tale scopo, gli Enti contraenti si impegnano ad assicurare il fattivo coinvolgimento delle amministrazioni e delle comunità locali, nonché delle componenti sociali territoriali a vario titolo coinvolte nelle tematiche della salute.
- al fine di garantire ai residenti nell'ambito territoriale dell'ASL i livelli essenziali di assistenza di cui alla DGR 51-11389 del 23.12.2003 in ogni sua fase, gli Enti contraenti ritengono necessaria l'attività integrata tra A.S.L. , Enti Gestori, fondata su programmi e progetti appropriati, definiti di comune accordo.

Tutto ciò premesso

si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1.Oggetto

- 1.La presente convenzione disciplina l'esercizio delle attività sanitarie a rilievo sociale ed i rapporti tra l'ASL e gli Enti Gestori come sopra individuati, ai fini dell'attuazione delle attività ricomprese nell'allegato 1 della DGR 51/2003.
- 2.A tal fine tiene conto degli obiettivi contenuti nel Piano di Zona e nei PEPS, e deve essere coerente con le azioni programmate per la loro attuazione.

Art. 2.Finalità

1. La presente convenzione, in attuazione della programmazione regionale, del Piano di Zona e dei PEPS, è finalizzata a:

- valutare i bisogni anche non espressi, attraverso la rilevazione di situazioni di esposizione a rischio di emarginazione;
- affrontare i problemi connessi con la salute, intesa come benessere psico-fisico-sociale sia dei singoli individui sia della popolazione nel suo complesso;
- superare l'istituzionalizzazione e il ricovero inappropriato, mediante servizi ed interventi che consentano il mantenimento, l'inserimento ed il reinserimento dei soggetti nella vita familiare, sociale, scolastica e lavorativa;
- potenziare il confronto tra le varie figure professionali coinvolte nella formulazione di progetti personalizzati;
- integrare i servizi sanitari e socio-assistenziali con i servizi educativi, scolastici e con gli altri servizi del territorio;
- valutare i costi, utilizzando in modo efficiente le risorse mirate a incrementare la produttività del sistema.

2. A tali finalità si devono adeguare le modalità operative dei terzi convenzionati con i singoli contraenti.

Art. 3. Strumenti

1. L'Azienda Sanitaria Locale e gli Enti Gestori individuano nel Distretto l'articolazione organizzativa 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. L'ASL e gli Enti Gestori individuano nelle seguenti unità di valutazione gli strumenti tecnici per la valutazione dei bisogni socio-sanitari e la definizione del progetto individualizzato:

- Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.).
- Unità Multidimensionale di Valutazione delle disabilità (U.M.V.D.), che in caso di valutazione di soggetti di età inferiore agli anni 18 assume la denominazione di Unità Multidimensionale di Valutazione delle Disabilità – minori (U.M.V.D. minori).

3. La composizione delle Unità di Valutazione sopra elencate è definita da appositi regolamenti approvati dalla Direzione generale dell'ASL VCO, previa intesa con gli Enti gestori, i quali assicurano, quale attività istituzionale, la collaborazione con l'A.S.L. nelle attività delle Unità di Valutazione.

4. L'operatività è disciplinata da appositi protocolli operativi fra Servizi, sottoposti alla formale approvazione dei contraenti e in conformità con quanto previsto dalla presente convenzione.

Art. 4. Criteri e procedure di programmazione congiunta

1. Gli Enti contraenti concordano, in sede di programmazione annuale, le priorità degli interventi, con particolare attenzione al perseguimento delle finalità di cui all'art. 2.

2. A tal scopo l'A.S.L. e gli Enti Gestori si impegnano:

- a programmare congiuntamente entro il 31 ottobre di ogni anno le attività oggetto della presente convenzione per l'anno successivo;
- a produrre annualmente una relazione congiunta di consuntivo sull'andamento delle attività convenzionate, corredata da eventuali proposte di adeguamento;
- alla reciproca comunicazione preventiva delle variazioni dei costi dei servizi.

3. La programmazione annuale dovrà essere coerente con le priorità e le disponibilità di risorse di ciascun ente contraente.

Art. 5. Risorse materiali, finanziarie e umane

1. L'ASL e gli Enti Gestori si impegnano, compatibilmente con le disponibilità di risorse e le priorità, ad assicurare le risorse umane e finanziarie per il raggiungimento delle finalità di cui all'art. 2.

Art. 6.Cure domiciliari a favore di persone non autonome (minori, anziani e disabili)

1.Le attività di cure domiciliari sono disciplinate dai provvedimenti Regionali vigenti.

2.Nel territorio dell'A.S.L. le attività di cure domiciliari sono organizzate sulla base dei seguenti elementi:

a) obiettivi comuni

- progettare e realizzare un modello di cure domiciliari efficiente ed efficace
- assistere le persone con patologie e/o problematiche sociali trattabili a domicilio;
- supportare i soggetti che le assistono, anche trasferendo loro specifiche competenze;
- promuovere le attività in relazione alla molteplicità dei bisogni espressi, privilegiando le azioni volte ad evitare l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione inappropriata;
- favorire il permanere della persona nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile.

b) metodologie e strumenti di lavoro integrato

- Il progetto di lungoassistenza domiciliare viene formulato dall'Unità di Valutazione competente per tipologia di utenza. Nella gestione operativa le figure professionalmente coinvolte nella predisposizione del piano assistenziale individualizzato (P.A.I.), nel monitoraggio dei risultati conseguiti e nella ridefinizione degli obiettivi assistenziali sono il medico di medicina generale, il medico di distretto, l'assistente sociale, l'infermiere professionale, l'educatore professionale e l'operatore socio-sanitario ed eventuali ulteriori figure professionali che si riterranno necessarie, in ottemperanza a regolamenti o protocolli specifici.

c) organizzazione delle attività

- Le prestazioni di cure domiciliari nella fase di lungo-assistenza sono destinate ai cittadini residenti nei territori definiti dagli ambiti distrettuali.
- L'A.S.L. assicura le attività sanitarie a rilievo sociale, garantendone l'integrazione con le attività sociali a rilievo sanitario, di competenza degli Enti Gestori.
- L'integrazione viene garantita dall'A.S.L. e dagli Enti Gestori, mediante le strutture coinvolte ed i relativi referenti. Essa si sviluppa su due livelli di operatività:
 - 1- distrettuale, di presa in carico dell'utente ed istruttoria del Progetto Assistenziale,
 - 2- sovradistrettuale, rappresentato dall'attività di specifiche Commissioni integrate

d) servizi ed interventi

- L'A.S.L. e gli Enti Gestori mettono a disposizione i seguenti interventi di cure domiciliari in alternativa al ricovero:
 - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
 - Cure Palliative (CP)
 - Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)
 - Servizio Assistenziale Domiciliare (SAD),
 - Servizio di Affidamento intra ed extra familiare
 - Servizio Infermieristico Domiciliare (SID).
 - Contributo economico a sostegno della domiciliarità
- I casi di cure domiciliari disciplinati dalla presente convenzione si riferiscono esclusivamente agli interventi in cui è previsto l'apporto socio-sanitario, come specificato nella DGR 51/03, all. A, punto B, 4° comma.

e) risorse professionali

- Ogni parte contraente mette a disposizione le risorse professionali competenti, necessarie a conseguire gli obiettivi, rappresentate dalle figure professionali specifiche che operano all'interno dell'ASL e degli Enti Gestori.

f) oneri a carico dell'ASL

- fase intensiva/estensiva (acuzie/postacuzie), caratterizzata da:
 - rilevante impegno terapeutico e/o riabilitativo, tale da richiedere una presa in carico specifica da parte del sistema sanitario, in considerazione dell'elevata complessità ed intensità delle cure prestate e degli interventi erogati;
 - alta complessità assistenziale
- Vi rientrano le dimissioni protette e le cure domiciliari, attivate su richiesta del Medico di

medicina generale, in favore di pazienti con gravi patologie in fase acuta e post acuta.

Il progetto è predisposto dal Distretto sanitario, in accordo con il Medico di Medicina generale/PLS segnalato all'Ente Gestore ed all'Unità Valutativa competente.

Le spese sono a carico dell'ASL al 100%, fino a 30 giorni per la fase acuta, e da 30 a 60 giorni per la fase post acuta, in base a progetto individuale – comprese le prestazioni di assistenza tutelare alla persona – per un massimo di 60 giorni, dopo i quali si passa alla fase di lungoassistenza.

- fase di lungoassistenza, finalizzata a mantenere il maggior livello di autonomia funzionale ed a rallentare il deterioramento, caratterizzata da:
 - un minore impegno terapeutico/riabilitativo e da un maggiore intervento sociosanitario rivolto a favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione e, in linea generale, il miglioramento della qualità della vita;
 - un livello di complessità assistenziale basso e medio, così come definiti in base alla DGR 41-952/2002.
- interventi di educativa territoriale e socio riabilitativi di cui al punto 4 della DGR 51-11389/2003 a favore di disabili: sono a carico dell'ASL gli oneri relativi calcolati in base ai parametri stabiliti dalla medesima DGR 51/2003.

La procedura per la presa in carico congiunta viene avviata con la presentazione dell'istanza da parte dell'interessato o suo rappresentante presso gli Sportelli unici socio-sanitari (Punto S) presenti sul territorio. I tempi di procedimento avranno decorrenza dalla data di deposito delle istanze da parte dell'utente. Attraverso protocolli appositi verranno disciplinati i tempi e le modalità dei procedimenti a carico dei servizi coinvolti.

Gli oneri sono ripartiti come segue:

 - spese sanitarie, mediche, infermieristiche e riabilitative a carico dell'ASL al 100%
 - spese relative alle prestazioni sociosanitarie di assistenza tutelare (costo orario OSS) 50% a carico dell'ASL.

Art. 7. Tutela sanitaria e socio assistenziale semiresidenziale e residenziale degli anziani non autosufficienti e persone affette da demenza

1. Le prestazioni, in attuazione delle norme vigenti, vengono erogate a seguito di stipulazione di Contratti con le Strutture RAF e RSA, predisposte dall'A.S.L., sulla base dei seguenti elementi:

a) obiettivi comuni

- incremento dei livelli quantitativi e qualitativi di intervento;
- ricovero appropriato in strutture residenziali;
- erogazione di prestazioni in ambito distrettuale anche mediante il coinvolgimento del volontariato e del privato sociale;
- miglioramento dei servizi offerti dalle strutture residenziali per anziani non autosufficienti;
- monitoraggio delle condizioni di vita degli anziani sia a domicilio sia ospitati in strutture residenziali.

b) metodologie e strumenti di lavoro integrato

Lo strumento operativo garante dell'attività integrata nell'area anziani è costituito dall'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V. G.).

L'U.V.G. è formata da componenti sanitari e socio-assistenziali, che operano in base ad uno specifico regolamento e garantisce la realizzazione del momento indispensabile di valutazione multidisciplinare dell'assistito. Da tale valutazione deriva la presa in carico valutata, concertata e quindi predisposta dalle componenti sanitaria e socio assistenziale, ciascuna delle quali mantiene la titolarità e responsabilità in ordine alle prestazioni di rispettiva competenza.

In seguito alla valutazione dell'U.V.G., viene predisposta ed aggiornata la graduatoria unica con valenza su tutto il territorio dell'Asl, degli aventi diritto all'inserimento in struttura residenziale e semiresidenziale. L'inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, è predisposto dal Distretto attingendo dall'apposita graduatoria.

c) organizzazione delle attività

Le prestazioni disciplinate dal presente articolo sono destinate ai cittadini residenti nei territori

definiti dagli ambiti distrettuali.

L'ASL assicura le attività sanitarie a rilievo sociale, garantendone l'integrazione con le attività sociali a rilievo sanitario, di competenza degli Enti Gestori.

L'integrazione viene garantita dall'A.S.L. e dagli Enti Gestori tramite i propri referenti.

d) servizi ed interventi

L'A.S.L. e gli Enti Gestori mettono a disposizione dei soggetti tutelati i seguenti interventi:

- inserimenti nei centri diurni;
- ricoveri in presidi residenziali per non autosufficienti;
- ricoveri di sollievo

e) risorse professionali

Ogni parte contraente mette a disposizione le risorse professionali competenti necessarie a conseguire gli obiettivi, rappresentate dalle figure professionali specifiche che operano all'interno dell'A.S.L. e degli Enti Gestori.

f) oneri a carico dell'ASL:

- Quota sanitaria della retta per inserimenti in presidi residenziali per anziani non autosufficienti e persone affette da demenza, secondo le direttive regionali applicative dei LEA vigenti nel periodo di riferimento
- Quota sanitaria per progetti di inserimento residenziale temporaneo
- Quota sanitaria della retta per inserimenti in presidi residenziali per non autosufficienti in ricoveri di sollievo;
- Inserimenti in Centri Diurni Integrati per anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti: 50% della retta complessiva a carico dell'ASL.

g) modalità di inserimento degli utenti e di pagamento ai presidi

Gli inserimenti in regime residenziale socio-sanitario dei cittadini residenti inclusi nelle graduatorie aziendali avvengono prioritariamente nelle strutture residenziali territoriali accreditate ai sensi della DGR 25-12129/09 con l'ASL VCO.

In subordine potrà farsi luogo ad inserimenti fuori dal territorio dell'ASL VCO in strutture accreditate regionali ovvero extra regionali nei limiti dei posti e delle tariffe annualmente programmate.

Ogni Ente, per quanto di competenza, si fa carico del pagamento delle fatture emesse dai presidi, con i quali sono sottoscritte congiuntamente dagli Enti contraenti appositi contratti.

Art. 8. Tutela sanitaria e socio-assistenziale semiresidenziale e residenziale dei disabili fisici psichici e sensoriali

1. Le prestazioni di assistenza semiresidenziale e residenziale, ai sensi anche della D.G.R. 51-11389/03, vengono erogate in favore dei cittadini residenti nei territori definiti dagli ambiti distrettuali presso strutture accreditate sulla base di appositi contratti.

2. I progetti individualizzati che prevedono le misure di cui al presente articolo devono conformarsi ai seguenti elementi:

a) obiettivi comuni

- Favorire il permanere della persona disabile nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile;
- raggiungimento del grado massimo possibile di autonomia e di integrazione sociale di ciascun disabile, mediante la realizzazione degli interventi territoriali e domiciliari;
- perfezionamento dei livelli quantitativi e qualitativi di intervento;
- ricorso appropriato al ricovero in strutture residenziali;
- promozione e realizzazione di diversificate strutture residenziali e semiresidenziali coerenti con i bisogni dei disabili;
- monitoraggio delle condizioni di vita dei disabili, finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi;
- realizzazione di una rete di servizi idonea al bisogno dell'utenza

b) metodologie e strumenti di lavoro integrato

Lo strumento operativo garante dell'attività integrata è costituito dall'UMVD di cui al precedente art. 3.

L'UMVD è competente e responsabile della valutazione multidisciplinare, della formulazione dei progetti di intervento, del tipo di risposta e del relativo livello di intensità delle prestazioni nonché della verifica.

L'UMVD elabora il Progetto individualizzato di inserimento in struttura residenziale o semi-residenziale, dal quale deriva la presa in carico.

A seguito della valutazione dell'UMVD l'intervento viene disposto congiuntamente dall'A.S.L. e dall'Ente Gestore competente per territorio, i quali adottano al riguardo distinti provvedimenti.

c) oneri a carico dell'ASL

Inserimenti in struttura (anche a titolo di ricovero di sollievo)

- come definiti dalla DGR 51/2003. Sono stipulati specifici accordi tra le parti per strutture gestite in forma diretta dagli EE.GG.

d) Inserimenti semiresidenziali

- come definiti dalla DGR 51/2003. Sono stipulati specifici accordi tra le parti per strutture gestite in forma diretta dagli EE.GG.

e) modalità di pagamento ai presidi

Ogni Ente, per quanto di competenza, si fa carico del pagamento delle fatture emesse dai presidi, con i quali sono sottoscritti congiuntamente dagli Enti contraenti appositi contratti.

Art. 9. Tutela sanitaria e socio-assistenziale rivolta all'area materno-infantile e dell'età evolutiva

1. Gli interventi di tutela sanitaria e socio-assistenziale rivolta all'area materno-infantile e dell'età evolutiva dovranno seguire le seguenti indicazioni;

a) obiettivi comuni

- piena applicazione delle normative vigenti;
- qualificazione dei servizi esistenti anche mediante progetti mirati e ridefinizione della funzione consultoriale;
- particolare attenzione alle gravidanze a rischio sociale, garantendo il diritto al segreto ed il sostegno alla maternità responsabile;
- sviluppo di programmi alternativi all'istituzionalizzazione, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare a sostegno di gravidanze e maternità a rischio, minori disabili, minori affetti da gravi patologie
- favorire la corretta applicazione delle norme sull'adozione e sull'affidamento
- sviluppo della collaborazione con l'Autorità Giudiziaria minorile
- tutela del minore nella relazione con familiari con problemi di dipendenza o psichici
- sviluppo di attività di prevenzione rivolte alla fascia 14/18 anni.

b) metodologie e strumenti di lavoro integrato

L'attività viene svolta mediante la collaborazione tra Ente Gestore e servizi di NPI e Consultorio sulla base di appositi accordi. Nonché con l'attivazione dell'UMVD-minori per i casi di competenza.

c) organizzazione delle attività

Le prestazioni disciplinate dal presente articolo sono destinate ai cittadini residenti nei territori definiti dagli ambiti distrettuali.

L'ASL assicura le attività sanitarie a rilievo sociale, garantendone l'integrazione con le attività sociali a rilievo sanitario, di competenza degli Enti Gestori.

L'integrazione viene garantita dall'A.S.L. e dagli Enti Gestori tramite i propri referenti.

d) servizi ed interventi

L'A.S.L. e gli Enti Gestori mettono a disposizione, secondo le specifiche competenze, i seguenti interventi:

- sostegno alle gravidanze e maternità a rischio, con particolare riferimento alle situazioni di minorenni, tossicodipendenti, soggetti affetti da disturbi psichici;

- sostegno ai genitori in difficoltà nello svolgimento dei compiti genitoriali, anche con l'attivazione dei servizi di mediazione familiare;
- interventi tesi a privilegiare il mantenimento ed il reinserimento dei minori nell'ambiente familiare e sociale di appartenenza;
- segnalazioni per la decadenza della potestà sui figli ed interventi relativi alla condotta pregiudizievole dei genitori;
- promozione, selezione, sostegno e vigilanza sull'affidamento familiare;
- inserimento temporaneo in strutture diurne, residenziali o terapeutiche;
- interventi socio-educativi-assistenziali per minori in difficoltà o in situazioni di devianza
- valutazione delle coppie aspiranti all'adozione, conduzione dei gruppi di formazione e sostegno; valutazione sull'andamento degli affidi preadottivi
- mantenimento in carico di ultradiciottenni con progetti in fase di conclusione o in "prosieguito amministrativo" disposto dal Tribunale per i Minorenni
- prevenzione e gestione dei casi di maltrattamento e abuso sessuale e/o gravi trascuratezze.

e) risorse professionali

Ogni parte contraente mette a disposizione le risorse professionali competenti necessarie a conseguire gli obiettivi, rappresentate dalle figure professionali specifiche che operano all'interno dell'A.S.L. e degli Enti Gestori.

f) oneri a carico dell'ASL

Per quanto riguarda la definizione degli oneri relativi alle rette di inserimento in strutture per minori si fa riferimento alla DGR del 18 dicembre 2012, n. 25-5079.

Le strutture residenziali e semiresidenziali per minori devono rispondere, in relazione alla specifica tipologia e ai bisogni del minore, alle seguenti aree:

- Assistenza-educazione-tutela: minori che devono essere allontanati dalla propria famiglia per trascuratezza grave, maltrattamento, abbandono o assenza dei genitori e parenti in grado di ospitarli. Tali bisogni attengono ad una funzione sociale.
- Cura-riabilitazione-tutela: minori che presentano difficoltà intrinseche e che necessitano di interventi al di fuori dell'ambito familiare, per carenze/inadeguatezza dello stesso. Tali bisogni attengono ad una funzione sanitaria e sociale.
- Cura e riabilitazione: minori che devono essere allontanati dalla propria famiglia non per inadempienze o carenza della stessa, ma per bisogni specifici di cure in seguito a diagnosi sull'asse 1 e asse 3 dell'ICD10. Tali bisogni attengono ad una funzione sanitaria.

Da quanto sopra e in applicazione del D.P.C.M. 29 novembre 2001: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", le strutture residenziali e semiresidenziali per minori assumono una valenza sociale – socio-sanitaria – e sanitaria in relazione all'esercizio delle funzioni di cui sopra.

Sono strutture sanitarie:

- Comunità terapeutiche per minori

Sono strutture socio-sanitarie a titolarità sanitaria e partecipazione sociale:

- Comunità riabilitative psicosociali per minori

Sono strutture socio-assistenziali e quindi a titolarità dell'ambito sociale:

- Comunità educative residenziali
- Comunità di tipo familiare
- Comunità genitore-bambino
- Gruppo appartamento
- Accoglienza comunitaria
- Pensionato integrato
- Centro educativo per minori
- Centro aggregativo per minori

I pazienti con patologie psichiatriche in genere trovano adeguate risposte di accoglienza e sostegno nelle strutture di tutela della salute mentale dei minori.

Qualora, per specifiche motivazioni, il Servizio sanitario competente valuti quale risposta più appropriata a favore di un minore con le caratteristiche di cui sopra, l'inserimento in una struttura socio-assistenziale, dovrà predisporre il progetto congiuntamente con il servizio sociale competente. Qualora si richieda un aumento degli standard educativi e/o l'utilizzo di ulteriori risorse comprese quelle di personale (educativo e sanitario), il costo dell'incremento di personale è a carico del SSR. Indicativamente il costo complessivo delle prestazioni aggiuntive a carico della Sanità non dovrebbe essere superiore al 60% dell'importo della retta delle comunità educative.

Nel caso di allontanamento di minori con disabilità per ragioni di protezione e tutela e sostegno alla famiglia, l'inserimento trova adeguata risposta nelle comunità educative residenziali, sulla base del P.E.I. predisposto dall'UMVD-Minori.

L'ingresso di ogni singolo minore deve tener conto della compatibilità con gli altri ospiti già presenti, anche relativamente all'età, nonché all'opportunità di accogliere insieme i fratelli.

g) modalità di pagamento ai presidi

Ogni Ente, per quanto di competenza, si fa carico del pagamento delle fatture emesse dai presidi, con i quali sono sottoscritte congiuntamente dagli Enti contraenti apposite convenzioni.

Art. 10. Sostegno economico alla non autosufficienza

1. In attuazione della D.G.R. n. 26-6993 del 30.12.2013 recante "Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti" le parti concordano che a decorrere dal 01.01.2014 la gestione dei contributi economici (sottoscrizione dei contratti, predisposizione delle graduatorie, erogazione degli assegni ed attività correlate) viene posta in capo agli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali, fatte salve diverse disposizioni normative che si evidenziassero in corso d'anno.

2. Peraltro, al fine di garantire la continuità e la coerenza degli interventi socio-sanitari, saranno mantenute in forma integrata le attività di predisposizione dei progetti (tramite le unità di valutazione distrettuali) e la valutazione, anche in termini economici, degli interventi realizzati.

Art. 11. Informatizzazione

1. Le parti concordano di consentire la condivisione delle informazioni relative alla presa in carico degli utenti.

Art. 12. Sub-distretti

1. L'ASL e gli EE.GG. concordano sulla prosecuzione, laddove attualmente in atto, dell'uso delle sedi dei subdistretti sociosanitari di base.

2. Per tale uso i Consorzi corrisponderanno all'ASL le relative spese di gestione determinate in ragione delle superfici utilizzate.

3. Qualora l'A.S.L. intenda procedere a modifiche nella distribuzione territoriale dei SubDistretti e/o a spostamenti od accorpamenti delle relative sedi, essa è tenuta a darne preavviso ai Consorzi non appena possibile e, comunque, con almeno sessanta giorni di anticipo.

Art. 13. Acconti e Rendiconto e saldo

1. L'ASL si impegna ad erogare agli EE.GG. a titolo di acconto entro il 31 marzo, il 30 giugno, il 30 settembre e il 31 dicembre, con deroga massima di 30 giorni, un importo pari al 20 % della somma dovuta a pari titolo per l'anno precedente.
2. Entro il mese di febbraio dell'anno successivo gli EE.GG. trasmetteranno all'ASL un rendiconto dettagliato ai fini della definizione del saldo della gestione dell'anno precedente (20% residuo).
3. L'Ente contraente che risulterà a debito dovrà provvedere ad erogare il saldo entro il successivo mese di aprile.

Art. 14. Decorrenza, durata e rinnovo

1. La presente convenzione ha validità, dal 01/07/2017 al 31/12/2017.
2. Eventuali modificazioni della stessa possono essere proposte, ad iniziativa delle parti e con anticipo di almeno 3 mesi alla fine di ciascun anno solare.
3. Alla scadenza la presente convenzione è rinnovabile, per ugual periodo, mediante apposito provvedimento di ciascun Ente contraente.

Art. 15. Collegio di Vigilanza e di conciliazione

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

- vigila sulla tempestiva e corretta attuazione della Convenzione;
- individua gli ostacoli di fatto e di diritto che si frappongono all'attuazione della Convenzione, proponendo le soluzioni idonee alla loro rimozione;
- provvede, ove necessario, alla convocazione dei soggetti sottoscrittori e di altri soggetti eventualmente interessati, per l'acquisizione dei pareri in merito all'attuazione della Convenzione;
- dirime in via bonaria le controversie che dovessero insorgere tra le parti in ordine all'interpretazione ed all'attuazione della presente convenzione; allo scopo, la parte diligente a mezzo di lett. racc. A/R dovrà rappresentare la contestazione al Collegio con nota motivata nella quale siano illustrate le doglianze eccepite e le richieste ritenute utili per la composizione della controversia. Il Collegio a tale fine dovrà essere riunito entro in termine di giorni 15 dall'avvenuto ricevimento della documentazione e dovrà ricercare soluzioni compositive entro il termine perentorio di 60 giorni dalla prima convocazione. Decorso tale termine, la parte diligente sarà facoltizzata ad adire le procedure di cui al successivo art 14.
- valuta le proposte di modifica della Convenzione e di variazioni degli interventi previsti nello stesso, formulate in base a motivate e specifiche esigenze funzionali, e, qualora lo ritenga opportuno in relazione alla loro essenzialità, in quanto comportanti la modifica dei contenuti della presente Convenzione;
- valuta le eventuali modifiche alla Convenzione;
- propone l'adozione di provvedimenti di proroga al termine di durata della Convenzione.

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

Art. 16. Inadempimenti e controversie

1. In caso di mancata composizione bonaria, una volta decorso il termine di cui al precedente art 13, la parte diligente avrà facoltà di far valere le proprie ragioni in sede giurisdizionale. Il Foro competente è quello di VERBANIA.

Art. 17. Registrazione

1. La presente convenzione, debitamente sottoscritta, verrà registrata solo in caso d'uso, con onere di spesa a carico del richiedente la registrazione.

Art. 18. Norme transitorie

1. Le parti si impegnano a dare attuazione alla valutazione di tutti i casi in carico nelle aree di intervento (minori – anziani – disabili) della presente convenzione.

2. Le parti si impegnano a perseguire progressivamente il raggiungimento di una modalità di remunerazione delle prestazioni sociali a valenza sanitaria, erogate dall'Ente Gestore, che si basi sul numero degli utenti in carico e sul valore delle prestazioni secondo quanto definito dai Livelli Essenziali di Assistenza.

3. In attesa di completare il percorso di valutazione l'ASL riconosce agli EE.GG.:

- per le attività socio assistenziali a valenza sanitaria, €. 8,00 pro capite con riferimento alla popolazione residente al 31 dicembre nei Comuni di pertinenza dei rispettivi Consorzi, così come risulta dalla Banca Dati BDDE regionale;
- il 100 % del costo delle prestazioni di assistenza tutelare in regime di ADI.

2. Commissioni di Vigilanza.

In via transitoria, fino all'entrata in vigore del provvedimento della Giunta Regionale di cui all'art. 26, comma 4, della Legge Regionale 8 gennaio 2004, n. 1, le funzioni amministrative di vigilanza sono esercitate dall'A.S.L. per i servizi e le strutture operanti sul proprio territorio, secondo le modalità e gli indirizzi indicati dagli atti amministrativi regionali di riferimento. Le somme che la Regione Piemonte accredita all'A.S.L., a titolo di contributo per l'attività di vigilanza, sono assegnate al 100% all'A.S.L., in considerazione degli oggettivi oneri derivanti dalla delega in via transitoria delle funzioni amministrative, in materia di autorizzazioni e vigilanza, relative ai presidi socio assistenziali.

In particolare, in attuazione di specifiche disposizioni regionali, gli EE.GG. garantiscono la presenza di personale dotato di competenza sociale all'interno della Commissione di Vigilanza. Per ciascun operatore delegato l'ASL rimborserà agli EE.GG. i relativi oneri con un gettone omnicomprensivo di € 51,65 per ciascuna seduta della predetta Commissione.

3. Normativa sopravvenuta

E' fatta salva l'immediata applicabilità di eventuale normativa statale o regionale sopravvenuta. In tale ipotesi le parti si impegnano a dare comunicazione tempestiva alla controparte e ad attivare immediati contatti ai fini dell'adozione concordata delle modifiche ed integrazioni alla presente convenzione che si fossero rese necessarie.

L.c.s.

Omegna, _____

Per l'Azienda Sanitaria Locale VCO
Il Direttore del Distretto VCO
Dott. Bartolomeo Ficili

Per l'E.G. dei Servizi Sociali
Il Presidente pro tempore
.....