

**Applicazione della D.G.R. 51 – 11389 del 23.12.2003
D.P.C.M. 29 novembre 2001 Livelli Essenziali di Assistenza**

ACCORDO DI PROGRAMMA

ai sensi dell'art. 34 del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267
ai sensi della D.G.R. 24 novembre 1997, n. 27-23223
in attuazione della D.C.C. n. 26 settembre 2005 n. 140

tra

le AZIENDE SANITARIE LOCALI TORINESI N. 1, 2, 3, 4

in persona

del Commissario Alberto Andrion

dei Direttori Generali

Claudio Brambati

Giuseppe De Intinis

Giulio Fornero

e

il COMUNE DI TORINO

in persona

dell'Assessore Marco Borgione

Vista

- ✓ Legge 328 del 08 marzo 2000 “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”;
- ✓ D.P.C.M. del 14 febbraio 2001 “*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*”;
- ✓ D.P.C.M. del 30 marzo 2001 “*Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell’art. 5 della L. 328 del 08/11/2000*”;
- ✓ D.P.C.M. del 29 novembre 2001 “*Definizione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.)*”;
- ✓ D.P.R. del 23 maggio 2003 “*Piano Sanitario Nazionale 2003/2005*”;
- ✓ L.R. 01 del 08 gennaio 2004 “*Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento*”;
- ✓ D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 “*Linee guida per l’attivazione del servizio di cure domiciliari nelle A.S.L. della Regione Piemonte*”
- ✓ D.G.R. 62-9692 del 16 giugno del 2003 “*Ulteriori disposizioni per l’attivazione del servizio cure domiciliari ad integrazione della D.G.R. 41-5952 del 7.5.2002*”
- ✓ D.G.R. 51-11389 del 23 dicembre 2003 “*D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto I.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all’area dell’integrazione socio-sanitaria*”;
- ✓ DGR 72-11420 del 20 dicembre 2004 “*Percorso di continuità assistenziale per anziani ultra65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziani non autosufficienti*”.
- ✓ DGR 17 - 15226 del 30 marzo 2005 “*Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifiche e integrazioni alla D.G.R. 51-11389 del 23 dicembre 2003 “D.P.C.M. 29.11.2001, Allegato 1, punto I.C. Applicazione dei livelli Essenziali di Assistenza all’area dell’integrazione socio sanitaria*”
- ✓ D.G.C. del 26 novembre 2002 “*Istituzione albo prestatori di servizi socio sanitari per persone disabili ed anziane non autosufficienti. Sperimentazione. Approvazione schema di convenzione*”;
- ✓ D.G.C. del 08 agosto 2003 “*Albo prestatori di servizi socio sanitari, sezione B - Servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità. Definizione dei requisiti*”

organizzativi, gestionali e strutturali. Requisiti sperimentali di qualità. Approvazione schema di accordo. Istituzione gruppo misto partecipato”;

- ✓ D.C.C. del 17 novembre 2003 “*Piano dei Servizi Sociali 2003/2006*”;
- ✓ Conferenze dei Presidenti di Circostrizione “*Indirizzi programmatici alle Aziende Sanitarie Locali cittadine anni 2004-2005-2006*”
- ✓ D.C.C. del 26 settembre 2005 “*Riordino delle prestazioni domiciliari sociali e socio sanitarie*”
- ✓ D.G.C. del 17 gennaio 2006 “*Istituzione della Sezione C - Servizi domiciliari - dell'Albo dei fornitori accreditati di prestazioni sociali e sociosanitarie. Approvazione avviso e schema di accordo: Istituzione gruppo misto partecipato*”

Premessa

L’approvazione della deliberazione del Consiglio Comunale del 26 settembre 2005 ridefinisce il sistema torinese di offerta di prestazioni domiciliari sociali e socio sanitarie, disegnando un modello organizzativo integrato tra servizi sociali e sanitari in grado di offrire ai cittadini percorsi unitari e orientato in particolare ad assicurare la continuità delle cure, attraverso un approccio mirato alla personalizzazione dei progetti assistenziali, una più efficace gestione e, nel contempo, percorsi facilitati mediante qualificati punti di accesso sul territorio.

Il provvedimento citato, che rivisita gli interventi domiciliari per le persone in condizione di non autosufficienza, si conforma espressamente all’accordo regionale sui Livelli Essenziali di Assistenza - DGR 51-11389 23 dicembre 2003 – e alla DGR 72-11420 del 20 dicembre 2004, che individuano nella continuità delle cure attraverso la presa in carico globale della persona il loro presupposto metodologico.

La rivisitazione del modello di offerta degli interventi domiciliari in lungoassistenza trova ragione nella transizione demografica ed epidemiologica che determinano bisogni emergenti con peculiari ricadute nell’area metropolitana.

A tale sistema si è giunti mediante un percorso condiviso e sviluppato in tappe successive che ha visto quali strumenti di costruzione partecipata, in virtù della sussidiarietà verticale e orizzontale, le riflessioni, gli apporti maturati e gli obiettivi definiti nell’ambito del Piano dei Servizi Sociali (L. R. 1/2004), negli Indirizzi Programmatici delle Conferenze dei Presidenti alle Aziende Sanitarie cittadine (D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., L. R 1/2004) e nei lavori condotti all'interno del tavolo "percorsi di continuità assistenziale" dell'Organismo di coordinamento delle attività svolte nell'ambito della città di Torino dalle Aziende Sanitarie Regionali.

Nell’accezione di condivisione e partecipazione, sia quanto sin qui realizzato sia le prospettive future assumono anche significato di sviluppo di comunità e di evoluzione culturale dalla cura al prendersi cura.

Il presente accordo di programma diviene pertanto strumento di regolazione di un campo di azione i cui presupposti risultano i diritti esigibili dalle persone, i soggetti deputati a garantirli, le risorse e le modalità per attuarli.

L’articolato che segue ne sviluppa, quindi, le fasi in aderenza a quanto disposto negli atti nazionali, regionali e comunali in materia.

Tutto ciò premesso si conviene quanto segue

espletata la conferenza di cui all’articolo 5 della D.G.R. 24 novembre 1997 n. 27-23223, il cui verbale fa parte integrante e sostanziale del presente accordo (Allegato 1)

Articolo 1

Oggetto

Costituisce oggetto del presente accordo la disciplina dell'esercizio delle prestazioni sanitarie e delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" e alla D.G.R. n. 51-11389 del 23 dicembre 2003 con riferimento all'articolazione delle cure domiciliari e alla D.C.C. n. 140 del 26 settembre 2005 di riordino delle prestazioni domiciliari sociali e socio sanitarie.

Articolo 2

Finalità

Secondo quanto disposto dalla D.C.C. del 26 settembre 2005 di cui all'articolo 1, sottendono alla realizzazione di una rete di servizi sanitari e socio sanitari, in grado di rispondere efficacemente ai bisogni delle persone fragili assistibili a domicilio tramite percorsi a garanzia della continuità assistenziale e progetti di lungo assistenza, le seguenti finalità:

- il rafforzamento del sistema di servizi atto a garantire l'esigibilità dei diritti da parte dei cittadini torinesi
- il mantenimento della persona nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile
- il riconoscimento della centralità della persona e della sua rete parentale e di sostegno nella determinazione della progettualità
- l'accessibilità alle risorse mediante il perfezionamento delle modalità informative e delle azioni di orientamento
- la valorizzazione del lavoro di cura e del ruolo delle famiglie e delle reti solidaristiche
- la qualificazione e la differenziazione delle attività e dei servizi in relazione alla molteplicità dei bisogni espressi, privilegiando le azioni volte a evitare l'istituzionalizzazione e i ricoveri impropri
- il perfezionamento dei livelli quantitativi e qualitativi di intervento con particolare riferimento a quelli svolti al domicilio in forma integrata
- l'articolazione di una rete integrata di servizi a superamento della frammentazione dell'offerta secondo criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza ed equità distributiva basati sul modello di cooperazione interaziendale e interistituzionale
- l'attivazione di una rete complessa e diversificata di prestazioni attraverso il coinvolgimento del terzo settore, del privato e del volontariato finalizzata alla pluralità di offerta a sostegno della libera scelta del cittadino
- la valorizzazione del ruolo professionale degli operatori coinvolti.

Articolo 3

Collaborazione nelle fasi di acuzie e post acuzie

Queste fasi, connotate da un rilevante impegno terapeutico e riabilitativo, prevedono la titolarità e la totale presa in carico da parte dei servizi sanitari delle AA.SS.LL..

In tali fasi sono ricompresi gli interventi di dimissioni protette, ospedalizzazione domiciliare, cure domiciliari.

All'ASL devono pertanto pervenire le richieste da parte dei pronto soccorso, dei reparti dei presidi ospedalieri, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta.

Le AA.SS.LL. per l'attivazione degli interventi si avvalgono delle prestazioni rese dai fornitori accreditati (ex Albo fornitori accreditati di prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie, D.G.C. 296/019 del 17 gennaio 2006), consentendo così, nel caso di necessità di prosecuzione dell'intervento in lungoassistenza, la continuità delle cure a domicilio tramite lo stesso fornitore.

L'esclusiva titolarità sanitaria di tutti gli interventi attivati in queste fasi comportano l'assunzione della totalità degli oneri a carico delle AA.SS.LL.

Laddove il progetto individualizzato possa compiutamente realizzarsi con l'erogazione di pasti a domicilio, il Comune di Torino, in forza del contratto in essere sino al 31/12/2006 e,

successivamente, secondo modalità da definirsi tra gli enti, mette a disposizione il servizio di consegna pasti a domicilio. Tale intervento potrà essere quindi richiesta dalle AA.SS.LL. alla Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie - Ufficio Domiciliarità con rimborso totale del costo della fornitura.

I servizi sociali territoriali non raccolgono le segnalazioni ricevute impropriamente dai presidi ospedalieri e dalle Case di Cura e Istituti di Riabilitazione; tali segnalazioni vengono indirizzate per competenza alla Centrale Operativa Continuità Assistenziale (ex D.G.R. 72 – 11420 del 20 dicembre 2004) istituite presso ogni A.S.L.

I servizi sociali segnalano, altresì, alla Centrale Operativa Continuità Assistenziale i casi problematici a fronte di una recente dimissione ospedaliera relativa alle persone anziane non autosufficienti ultrasessantacinquenni e alle persone i cui bisogni sanitari e assistenziali sono assimilabili.

Articolo 4

Collaborazione nella lungoassistenza

Tale fase, connotata da un minor impegno terapeutico e/o riabilitativo, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale e a rallentare il suo deterioramento, prevede la titolarità dei servizi sanitari delle AA.SS.LL. e la presa in carico congiunta socio sanitaria.

Presupposto fondante risulta essere la valutazione congiunta socio sanitaria delle persone, di cui all'articolo 5.a.

In qualità di soggetto titolare, l'ASL - articolata nelle sue diverse Commissioni valutative – riceve le richieste di valutazione direttamente o per tramite del servizio sociale territorialmente competente.

Il progetto predisposto congiuntamente tra gli enti, con il coinvolgimento del soggetto interessato secondo quanto previsto all'articolo 5, si realizza con le modalità attuative previste dal piano di assistenza individualizzato articolato in:

- prestazioni rese dai fornitori accreditati (ex Albo fornitori accreditati di prestazioni sociali e sociosanitarie) → prestazioni infermieristiche, ADEST, OSS, assistente familiare, telesoccorso, tregua, pasto a domicilio e eventuali altre prestazioni integrative
- interventi per i quali è prevista un'erogazione economica → assistente familiare tramite assegno di cura, affidamenti, cure familiari.

La duplice valenza sociale e sanitaria di tutti gli interventi attivati in questa fase comporta l'assunzione degli oneri per il 50% a carico ASL e per il 50 % a carico del cittadino/Comune.

Rivestono priorità le situazioni connotate da debolezza socioeconomica, correlata al grado di limitazione dell'autonomia personale, secondo i dettami della D.G.R. 51 – 11389 del 23 dicembre 2003.

In questa fase gli interventi sanitari a rilievo sociale ad esclusiva titolarità sanitaria (ad esempio le prestazioni infermieristiche) risultano a totale carico delle AA.SS.LL.

Eventuali episodi connotati da maggiore intensità sanitaria non interrompono il regime sanitario a rilievo sociale in lungo assistenza ma prevedono l'attivazione di specifiche prestazioni sanitarie e socio sanitarie aggiuntive a totale carico e titolarità delle AA.SS.LL. stesse.

Articolo 5

Modalità e procedure

5.a. La valutazione congiunta

Risulta a carico dei servizi sanitari dell'ASL la valutazione sanitaria, da effettuarsi in raccordo con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, e la raccolta di tutta la documentazione sanitaria in possesso dei diversi servizi sanitari.

Risulta a carico dei servizi sociali la valutazione sociale la quale necessita sempre di una istruttoria.

5.b.1 Persone anziane non autosufficienti (U.V.G.):

Si declina nello specifico il percorso previsto:

- ricezione delle richieste di valutazione da parte dell'UVG (nel caso in cui l'utente si rivolge al servizio sociale viene indirizzato all'UVG, fatte salve le situazioni che necessitano di procedura d'ufficio nelle quali il Servizio Sociale segnala direttamente);
- informativa sulle modalità dell'istruttoria e consegna da parte della segreteria UVG della modulistica relativa all'autocertificazione sulla situazione economica al richiedente la valutazione;
- l'UVG fissa la seduta entro 60 giorni dalla richiesta di valutazione;
- richiesta di valutazione, mediante utilizzo della modulistica regionale, dell'UVG al servizio sociale almeno 45 giorni prima della seduta della commissione, comunicata contestualmente;
- utilizzo da parte dell'UVG degli strumenti di valutazione e delle procedure sperimentate e/o definite dalla Regione Piemonte in attuazione della DGR 17 - 15226 del 30 marzo 2005;
- eventuale attivazione da parte del servizio sociale nelle more della valutazione di un intervento tra quelli previsti per persone autosufficienti
- compilazione della scheda sociale da parte del servizio sociale comunale per tutti i casi che sono a domicilio
- completamento, da parte del servizio comunale, dell'istruttoria condotta dal servizio sociale dei presidi ospedalieri di ASL relative alle aree della condizione familiare e della condizione assistenziale per le persone ricoverate
- compilazione, da parte del servizio sociale, della scheda sociale relativa alle aree della condizione abitativa, della condizione familiare e della condizione economica ad integrazione dei dati raccolti dall'UVG relativamente all'area della condizione assistenziale delle persone ricoverate presso presidi sanitari (case di cura e strutture riabilitative) e sociosanitari
- l'UVG definisce il punteggio per l'ingresso in graduatoria (massimo 14 punti alla valutazione sociale e massimo 14 punti alla valutazione sanitaria), l'ipotesi di progetto (allegato C1) e il livello di intensità, indicando i servizi referenti per la definizione del piano assistenziale individualizzato
- qualora, nelle more della valutazione, sia stato attivato da parte del servizio sociale un intervento tra quelli previsti per persone autosufficienti, l'UVG nel definire l'ipotesi progettuale appropriata si esprime circa l'opportunità di integrare l'intervento avviato con altre prestazioni o potenziare quanto attivato; in ogni caso, qualora la persona risulti non autosufficiente, l'ASL partecipa alla spesa dal momento della valutazione, che costituirà la data di decorrenza del PAI.
- nelle more della valutazione, mediante scambio di apposita modulistica anche via fax/ mail da conservare agli atti, con impegno alla risposta reciproca entro massimo 7 giorni, fatte salve le emergenze:
 - a) il Presidente UVG può richiedere al servizio sociale l'attivazione di uno o più interventi di urgenza con impegno al rimborso al 50% del massimale
 - b) il servizio sociale può attivare PAI d'urgenza solo su autorizzazione del Presidente UVG La situazione oggetto di PAI d'urgenza viene portata, a valutazione sociale effettuata e comunque non oltre 60 giorni dall'avvio dell'intervento, nella prima seduta UVG utile per la valutazione definitiva con le procedure di norma previste.
- le situazioni già valutate devono essere oggetto di nuova valutazione qualora non sia stato precedentemente definito il livello assistenziale e sia necessario variare la quota di spesa sanitaria o in caso di variazione del livello di intensità già definito
- in caso di cambio di residenza di persona beneficiaria di un Piano Assistenziale Individuale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza procede a nuova valutazione o alla validazione di quella precedente ai fini della predisposizione di un nuovo PAI alla scadenza del PAI in corso.

5.b.2. Persone adulte con disabilità (U.V.H.):

Nel rinviare alla procedure previste dalla circolare “Procedure socio sanitarie Unità di Valutazione Handicap” in attuazione della convenzione tra Comune di Torino Aziende Sanitarie Locali Torino 1,2,3,4 per attività socio assistenziali a rilievo sanitario in favore di persone disabili e minori con problematiche relazionali per gli anni 2000-2001-2002, approvata con D.G.C. 26 settembre 2000, si evidenzia e richiama quanto segue:

- ricezione delle richieste di valutazione da parte del Servizio Sociale di base
- acquisizione della documentazione e della Dichiarazione sulla Situazione Economica del richiedente e compilazione della parte sociale della modulistica prevista dalla Circolare citata
- comunicazione al Co-Presidente Sanitario U.V.H. per la verifica sulla competenza della medesima in relazione alla persona da valutare e per l'individuazione del referente sanitario responsabile della co-progettazione
- l'istruttoria socio-sanitaria deve essere svolta, con il coinvolgimento della persona richiedente o della famiglia/tutore, entro 90 giorni dalla richiesta di valutazione
- entro i 30 giorni successivi al termine dell'istruttoria l'U.V.H. garantisce l'effettuazione della valutazione
- l'U.V.H. definisce il livello di intensità e l'ipotesi di progetto ed indica i servizi e gli operatori referenti per la definizione del piano assistenziale individualizzato
- nelle more della valutazione, mediante scambio di apposita modulistica anche via fax/ mail da conservare agli atti, con impegno alla risposta reciproca entro max 7 giorni, i Co-Presidenti U.V.H. e il responsabile del servizio sociale possono richiedere l'attivazione di uno o più interventi di urgenza, fatte salve le emergenze.

La situazione oggetto di PAI d'urgenza viene portata, a valutazione sociale effettuata, nella prima seduta UVH utile per la valutazione definitiva con le procedure previste.

- in caso di cambio di residenza di persona beneficiaria di un Piano Assistenziale Individuale l'UVH di nuova residenza provvede alla valutazione del progetto che dovrà comunque avvenire entro 120 giorni, fatto salvo il rispetto della scadenza del PAI qualora risulti antecedente.

Nell'ambito del tavolo di lavoro interistituzionale, previsto dal punto 6 della Convenzione tra Città e AA.SS.LL. 1,2,3,4 approvata con D.G.C. mecc. n. 1273/19 del 1 marzo 2005 (R.C.U. n. 5640), contestualmente alla prima fase di attuazione della deliberazione di riordino delle prestazioni di cui al presente accordo, verranno definiti i criteri atti a ponderare i parametri valutativi in ambito sociale e sanitario, garantendo l'equilibrio tra le due aree.

5.b.3 Persone minori con disabilità (U.V.M.):

Si declina nello specifico il percorso previsto:

- l'istruttoria sociale e sanitaria preliminare all'invio in U.V.M. è effettuata a seguito di richiesta o autorizzazione agli interventi da parte degli esercenti la potestà o di provvedimento dell'Autorità giudiziaria. La presa in carico congiunta avviene a seguito di segnalazione da parte del comparto sanitario o sociale di riferimento. Qualora il minore sia in carico ad uno solo dei due servizi (sociale o sanitario), quello che non ha ancora avviato le procedure per l'eventuale presa in carico dovrà effettuare la parte di istruttoria di sua competenza entro il termine di 90 giorni dalla segnalazione fatta da parte del servizio che per primo ha in carico il caso. Di norma la presa in carico è assunta dal Servizio sociale e dal servizio di Neuropsichiatria Infantile. Qualora il minore sia seguito da altro servizio sanitario, l'istruttoria sanitaria è svolta da quest'ultimo.
- la documentazione necessaria per l'istruttoria consta di:
 - 1) redazione delle relazioni rispettivamente sanitaria e sociale/educativa esaustive degli elementi diagnostici e funzionali relativi alla disabilità. Alla relazione sociale deve essere allegata la Dichiarazione sulla Situazione Economica;

2) proposta di livello di intensità e progetto secondo protocolli osservativi, valutativi e di trattamento anche in attuazione dell'Accordo del Tavolo Materno Infantile ex Organismo di Coordinamento delle attività svolte nell'ambito della città di Torino dalle A.S.R. sottoscritto in data 25 Novembre 2005 e della Deliberazione della Giunta Comunale n. 1273/19 del 1° Marzo 2005 che approva la convenzione con le AA.SS.LL. cittadine in applicazione della D.G.R. 51-11389 del 23 dicembre 2003 allegato B relativo agli interventi socio-sanitari per persone con disabilità.

- entro i 30 giorni successivi al termine dell'istruttoria l'U.V.M. garantisce l'effettuazione della valutazione
- l'UVM esamina la documentazione, definisce il livello di intensità e l'ipotesi di progetto proposto, tenendo conto delle esigenze e delle potenzialità evolutive di ciascun soggetto e stende apposito verbale che, a cura della Segreteria della Commissione, verrà inoltrato con la modulistica allegata ai servizi sociali e sanitari proponenti che hanno curato gli atti istruttori, con indicazione dei referenti sanitario e sociale individuati per ogni caso.
- per i minori prossimi alla maggiore età, gli operatori sociali e sanitari che hanno in carico il caso devono presentare gli atti istruttori alla Commissione UVM nei tempi utili per l'esame degli stessi prima della scadenza e comunque al più tardi sei mesi prima del compimento del diciottesimo anno di età, al fine di garantire la continuità assistenziale mediante il passaggio a servizi per l'età adulta.
- l'accesso ai singoli interventi tiene conto di criteri di priorità che derivano dal combinato disposto delle leggi 184/83 e s.m.i. e 328/00 da applicare per tutte le situazioni di minori compresi quelli con disabilità e cioè:
 - Provvedimento dell'Autorità giudiziaria
 - Segnalazione all'Autorità giudiziaria
 - Rischio di allontanamento dal nucleo
 - Rientro nella propria famiglia
 - Disabilità e disturbi relazionali
 - Reddito
 - Età (privilegiando quella inferiore)

Contestualmente alla prima fase di attuazione della deliberazione di riordino delle prestazioni di cui al presente accordo, verranno definiti i criteri atti a ponderare i parametri valutativi in ambito sociale e sanitario di cui sopra, garantendo l'equilibrio tra le due aree.

- per i minori già valutati dall'UVM, in caso di urgenza, è possibile, da parte del Comune di concerto con i servizi di Neuropsichiatria Infantile competenti, attivare nuovi interventi o aumentare il livello di intensità definito e, quindi, il massimale di spesa con contestuale comunicazione all'UVM competente per l'esame del caso nella prima seduta calendarizzata. La spesa è a carico dell'ASL di competenza e del cittadino/Comune dall'inizio dell'intervento.

Per i casi non valutati dall'UVM che rivestono carattere di urgenza è possibile l'attivazione dell'intervento da parte del Comune per i casi in carico allo stesso con contestuale comunicazione al Servizio di Neuropsichiatria Infantile e all'UVM competente per l'esame, possibilmente nella prima seduta calendarizzata. In questo caso gli interventi attivati e il massimale di spesa prima della valutazione UVM sono quelli previsti per i minori "a rischio educativo". All'esito della valutazione, qualora il soggetto risulti di competenza sanitaria, l'ASL partecipa alla spesa dalla data di decorrenza del PAI.

- in caso di cambio di residenza di persona beneficiaria di un Piano Assistenziale Individuale l'UVM di nuova residenza provvede alla valutazione del progetto che dovrà comunque avvenire entro 120 giorni, fatto salvo il rispetto della scadenza del PAI qualora risulti antecedente.

Articolo 6

Procedure e formulazione dei piani individualizzati in lungoassistenza

6.a.

La procedura per l'attivazione delle prestazioni domiciliari in favore di persone anziane non autosufficienti e persone con disabilità adulte e minori prevede che:

- i servizi sociali e sanitari individuati dalle Unità Valutative, ricevuta da parte del responsabile del budget sanitario l'indicazione che l'intervento è attivabile, procedono alla convocazione del cittadino e poi, una volta che questi ha scelto il fornitore, del fornitore per la definizione della proposta di PAI. Tali attività si svolgono presso la sede del servizio sociale di residenza dell'interessato e dotato del sistema informativo per la gestione degli interventi
- la proposta di PAI viene sottoscritta dai referenti dei servizi sociali e sanitari, dal cittadino o chi per lui e dal fornitore e riporta le quote di competenza dell'ASL e del cittadino/Comune
- il Dirigente della Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie competente per tipologia di utenza approva la proposta di PAI entro 30 giorni dalla sua sottoscrizione e contestualmente emette il buono servizio relativo alle prestazioni socio-sanitarie (assistenza domiciliare, assistenza familiare, telesoccorso ecc..), attiva i trasferimenti economici eventualmente previsti (per affidamenti familiari, cure familiari, assegni di cura), dandone comunicazione all'interessato e all'ASL
- il Dirigente competente dell'ASL approva entro 30 giorni la previsione delle prestazioni sanitarie (ad esempio assistenza infermieristica) eventualmente previste nella proposta di PAI e contestualmente emette il relativo buono servizio dandone comunicazione al cittadino e al Comune

6.b.

E' facoltà delle AA.SS.LL. avvalersi direttamente delle prestazioni rese dai fornitori accreditati ex Albo fornitori accreditati di prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie (D.G.C. del 17 gennaio 2006) per quanto riguarda l'attivazione di interventi domiciliari in favore di persone in carico a qualsivoglia servizio territoriale delle AA.SS.LL. stesse ad esclusiva titolarità sanitaria.

Articolo 7

Previsioni finanziarie

7.a.1. Persone anziane:

La base di riferimento per l'anno 2006 si individua nella spesa afferente a ogni singola ASL così come risulta nel rendiconto, secondo la scomposizione ex DGR 51- 113889 23 dicembre 2003, riferita all'anno 2004 incrementata del 10% e pertanto

ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	Comune
E. 1.998.004,75	E. 2.055.917,34	E. 1.588.073,14	E. 2.563.746,33	E. 8.459.278

7.a.2. Persone con disabilità adulte e minori:

La base di riferimento per l'anno 2006 è contemplata quale quota parte della previsione di cui al punto J della convenzione in essere (DGC 1 marzo 2005, sottoscritta in data 2 novembre 2005, inserita nel registro RCU al n. 5640, conservata presso l'Ufficio Repertorio del Servizio Centrale Contratti Appalti ed Economato), incrementata del 10% secondo quanto previsto alla lettera I.2

7.b.

Per quanto riguarda gli anni 2007 e 2008, le previsioni finanziarie di cui ai commi 7.a.1. e 7.a.2 sono incrementate del 10% annuo.

Ciascun ente assume in proprio la responsabilità economica e finanziaria in ordine a eventuali interventi attivati eccedenti le previsioni finanziarie di cui al presente articolo.

Eventuali finanziamenti regionali vincolati saranno oggetto di successivi accordi tra le parti.

Articolo 8

Modalità di pagamento

In attuazione di quanto previsto al paragrafo "Le parti convengono e stipulano quanto segue" punto 2. della convenzione in essere (DGC 1 marzo 2005, RCU al n. 5640), si regolamentano le modalità di pagamento come sotto indicato.

Il Comune eroga i trasferimenti economici (assegni di cura, affidamenti, cure familiari) previsti nei PAI approvati per la quota parte di propria competenza e, a titolo di anticipazione, di competenza ASL.

Le AA.SS.LL. liquidano i fornitori accreditati ai sensi della DGC 17 gennaio 2006- Sezione C Albo fornitori accreditati di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali nel limite dei buoni servizio (ADEST, OSS, assistente familiare, telesoccorso ed eventuali prestazioni integrative e di supporto) emessi sulla base dei PAI approvati sia per la quota parte di propria competenza, sia di competenza del Comune, sia, a titolo di anticipazione, di competenza di un'altra ASL cittadina in caso di trasferimento di residenza in corso di PAI annuale (infatti nei casi di trasferimento della residenza della persona all'interno del territorio cittadino, con contestuale cambio di ASL di afferenza, l'ASL che ha attivato il PAI annuale continuerà a pagare il fornitore fino alla scadenza del medesimo).

Le AA.SS.LL. emettono e liquidano direttamente i buoni servizio relativi alle prestazioni infermieristiche e alle prestazioni di cui all'articolo 3 e all'articolo 6.b..

A seguito del conto consuntivo della spesa derivante dal presente accordo, le AASSLL e il Comune di Torino provvedono alla rendicontazione delle quote erogate, specificando quanto anticipato per conto dell'altro ente da rimborsare annualmente; analoga procedura è adottata dalle AASSLL per le eventuali anticipazioni delle quote sanitarie relative a cambi di residenza in corso di PAI.

Articolo 9

Collegio di vigilanza

Ai sensi dell'art. 34, comma 7, del D.Lgs. n. 267/2000, la vigilanza e il controllo sull'esecuzione del presente Accordo di Programma sono esercitati da un collegio presieduto dall'Assessore alla Famiglia e ai Servizi Sociali della Città di Torino e composto dal Commissario dell'ASL 1, dai Direttori Generali delle AASSLL 2, 3, 4 o loro delegati, dal Direttore della Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie, dal Dirigente Coordinatore Organizzazione Servizi al Pubblico, dal Dirigente Coordinatore Politiche Socio Sanitarie 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) dirime in via bonaria le controversie che dovessero insorgere tra le parti in ordine all'interpretazione e all'attuazione del presente Accordo di Programma;
- d) propone l'adozione di provvedimenti di proroga al termine di durata dell'Accordo di Programma;
- e) individua eventuali inadempienze da parte di uno dei sottoscrittori, le contesta e, in caso di persistenza delle medesime, definisce le modalità di surroga opportune.

Per lo svolgimento dei compiti sopra elencati, il Collegio può acquisire documenti ed informazioni ed effettuare sopralluoghi e accertamenti presso i soggetti stipulanti l'accordo, può convocarne i rappresentanti, può disporre ispezioni ed accertamenti anche peritali.

Articolo 10

Responsabile del procedimento

E' individuato quale responsabile del procedimento il Dirigente Coordinatore Politiche Sociali con i seguenti compiti:

- mantiene gli opportuni raccordi con i responsabili delle strutture tecniche degli enti partecipanti all'accordo, ponendo in essere ogni attività utile ai fini del coordinamento delle azioni;
- valuta di concerto con i responsabili di cui al comma precedente gli aspetti da segnalare al Collegio di Vigilanza relativi a eventuali difficoltà e problemi inerenti l'attuazione dell'accordo;
- riferisce periodicamente al Collegio di Vigilanza sullo stato di attuazione dell'accordo.

Articolo 11

Vincolatività dell'accordo

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; in caso di inadempienze, possono essere surrogati nelle proprie funzioni di cui al presente accordo secondo quanto previsto all'articolo 9.
2. Gli stessi soggetti sono inoltre tenuti a compiere gli atti applicativi e attuativi dell'accordo stesso, stante l'efficacia contrattuale del medesimo.
3. Eventuali modifiche non sostanziali apportate con il consenso unanime degli enti che lo hanno sottoscritto che si dovessero rendere necessarie in fase di attuazione, potranno essere apportate senza che ciò determini modifica del presente accordo.
4. Ulteriori specificazioni applicative del presente accordo di programma sono assunte con protocolli di intesa a livello dirigenziale tra Comune e AA.SS.LL. cittadine.

Articolo 12

Approvazione

Ai sensi dell'art. 34, comma 4, del D.Lgs. 18.08.2000 n. 267 e in attuazione della DCC del 26 settembre 2005, l'Accordo di Programma è approvato con deliberazione della Giunta Comunale e con atti del Commissario dell'ASL 1 e dei Direttori Generali delle AASSLL 2, 3, 4 e pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte.

Articolo 13

Durata

La durata è stabilita in anni tre che decorrono dal 1 aprile 2006.

Entro diciotto mesi dalla sottoscrizione del presente Accordo, il Collegio di vigilanza verificherà lo stato di attuazione dello stesso.

Articolo 14

Controversie

Ogni controversia derivante dall'esecuzione del presente Accordo di Programma, che non venga definita bonariamente dal Collegio di Vigilanza ai sensi del precedente articolo, sarà devoluta ad un collegio arbitrale. In tal caso, ciascuna parte designa un arbitro; gli arbitri così nominati designano a loro volta un altro arbitro, che presiederà il Collegio arbitrale. Il Collegio giudicherà la questione entro trenta giorni dall'avvio dell'esame.

In tema di arbitrato si applicano le disposizioni di cui agli articoli 806 e seguenti del Codice di Procedura Civile.

Per ogni controversia è competente il Foro di Torino.

Torino, li 17 febbraio 2006

Letto, approvato e sottoscritto

Aziende Sanitarie Torinesi

Il Commissario ASL 1
Alberto Andrion
Firmato in originale

Il Direttore Generale ASL 2
Claudio Brambati
Firmato in originale

Il Direttore Generale ASL 3
Giuseppe De Intinis
Firmato in originale

Il Direttore Generale ASL 4
Giulio Fornero
Firmato in originale

Città di Torino

L'Assessore alla Famiglia e ai Servizi Sociali
Marco Borgione
Firmato in originale

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

OGGETTO: ACCORDO DI PROGRAMMA TRA LE AZIENDE SANITARIE LOCALI TORINESI N. 1, 2, 3, 4 E LA CITTA' DI TORINO finalizzato alla disciplina dell'esercizio delle prestazioni sanitarie e delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" e alla D.G.R. n. 51-11389 del 23 dicembre 2003 con riferimento all'articolazione delle cure domiciliari e alla D.C.C. n. 140 del 26 settembre 2005 di riordino delle prestazioni domiciliari sociali e socio sanitarie.

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 Signori:

- Marco Borgione, Assessore alla Famiglia e ai Servizi Sociali, Città di Torino
- Alberto Andrion, Commissario ASL 1
- Claudio Brambati, Direttore Generale ASL 2
- Giuseppe De Intinis, Direttore Generale ASL 3
- Giulio Fornero, Direttore Generale ASL 4
- Monica Lo Cascio, Direttore Divisione Servizi Sociali e Rapporti con ASR, Città di Torino

I convenuti hanno espresso il proprio consenso unanime sulla bozza di Accordo elaborata congiuntamente, in attuazione della D.C.C. del 26 settembre 2005 e in applicazione della normativa nazionale e regionale in materia.

Torino, lì 17 febbraio 2006

Letto, confermato e sottoscritto

Aziende Sanitarie Torinesi

Città di Torino

Il Commissario ASL 1
Alberto Andrion

L'Assessore alla Famiglia e ai Servizi Sociali
Marco Borgione

Il Direttore Generale ASL 2
Claudio Brambati

Il Direttore
Divisione Servizi Sociali e Rapporti con ASR
Monica Lo Cascio

Il Direttore Generale ASL 3
Giuseppe De Intinis

Il Direttore Generale ASL 4
Giulio Fornero