

ALLEGATO 2

ACCORDO DI PROGRAMMA

ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs 18 agosto 2000, n. 267

tra

l'AZIENDA SANITARIA LOCALE N.5
in persona del Direttore Generale Dott. Nicolò Coppola

e

il CONSORZIO SOCIO – ASSISTENZIALE C.I.S.A.P
in persona del Presidente Elide TISI

il CONSORZIO SOCIO – ASSISTENZIALE C.I.S.A.
in persona del Presidente Antonio COLONNA

il CONSORZIO SOCIO – ASSISTENZIALE C.I.S.S.A.
in persona del Presidente Ugo PODNER KOMAROMY

il CONSORZIO SOCIO – ASSISTENZIALE C.I.D.I.S.
in persona del Presidente Gianna BUSO MORIONDO

il CONSORZIO SOCIO – ASSISTENZIALE Con.I.S.A. “Valle di Susa”
in persona del Presidente Emanuele BELLAVIA

LA COMUNITA' MONTANA VAL SANGONE
in persona del Presidente Ferdinando SADA

finalizzato all'applicazione della D.G.R. 51 – 11389 del 23.12.2003 “D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio – sanitaria”.

PREMESSE

1 – l'ASL n. 5 e gli Enti Gestori afferenti al bacino territoriale dell'Azienda stessa hanno ritenuto di dare attuazione alle disposizioni contenute nella D.G.R. n.51-11389 del 23/12/2003 “D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di assistenza all'area dell'integrazione socio – sanitaria” attraverso un processo di concertazione finalizzato a qualificare ed ottimizzare la rete di risposte attualmente erogate sul territorio, rimodulandole secondo criteri di flessibilità e dinamicità nell'ambito di un sistema in cui la componente sanitaria e quella sociale si coordinano in un comune campo di azione: l'area dell'integrazione socio – sanitaria.

2 – Con riferimento alla suddetta area è convinzione comune dei soggetti aderenti al presente Accordo di programma che l'integrazione tra comparto sociale e comparto sanitario presuppone che siano chiari i diritti delle persone, definiti i soggetti deputati a garantirli, certe le risorse per attuarli.

3 – Allo scopo di perseguire tale obiettivo gli Enti contraenti si impegnano ad assicurare il pieno coinvolgimento delle Amministrazioni Comunali, delle comunità locali da queste

rappresentate nonché di tutte le componenti sociali - a vario titolo coinvolte nelle tematiche relative alla salute – con gli strumenti individuati nel presente Accordo.

4 – Al fine di garantire ai cittadini residenti nell’ambito territoriale dell’ASL n.5 i livelli essenziali di assistenza di cui alla D.G.R. 51 – 11389 del 23.12.2003 si rende infatti necessaria la realizzazione di un sistema integrato nell’ambito del quale l’Azienda, i Comuni e i loro Enti Gestori - nell’esercizio delle proprie funzioni – siano in grado di interagire sistematicamente su programmi e progetti definiti di comune accordo per rispondere nel modo più appropriato ai reali bisogni, garantendo la continuità delle cure ed il coordinamento degli interventi in ogni fase del percorso di clinico – assistenziale.

5 – Tutto ciò premesso si conviene quanto segue.

ART. 1 OGGETTO

1 - Forma oggetto del presente accordo la disciplina dell’esercizio delle prestazioni sanitarie, delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria - di cui all’art.3 septies della legge 502/92 e s.m.i - che l’allegato 1, Punto 1. C del D.P.C.M. 29/11/2001 “*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*” ed il D.P.C.M. 10.02.2001 “*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio – sanitarie*” assegnano, rispettivamente, alla titolarità del Servizio Sanitario Nazionale ed a quella dei Comuni che esercitano le funzioni ad essi attribuite attraverso i propri Enti Gestori.

2 - In particolare vengono individuati gli indirizzi e le linee guida per la gestione integrata degli interventi e delle prestazioni individuati dalla D.G.R. n.51-11389 del 23/12/2003 “*D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di assistenza all’area dell’integrazione socio – sanitaria*” con riferimento:

- a) all’articolazione delle cure domiciliari nella fase di lungo assistenza;
- b) all’articolazione dell’assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale a favore di anziani non autosufficienti
- c) all’articolazione dei servizi e degli interventi socio – sanitari per le persone con disabilità;

3 - A tal fine si conviene che le tipologie erogative interessate dal presente atto afferiscono all’area delle prestazioni di carattere socio – sanitario ed in particolare alle prestazioni sanitarie; a quelle sanitarie di rilevanza sociale - nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali è stata prevista una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al S.S.N – ed a quelle sociali a rilevanza sanitaria di competenza dei Comuni e prestate attraverso gli Enti Gestori con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi.

4 - Fermo restando che le prestazioni sanitarie e quelle sanitarie a rilevanza sociale sono garantite dal Servizio Sanitario Nazionale e comprese nei livelli essenziali di assistenza l’Azienda Sanitaria ASL 5 e gli Enti Gestori convengono inoltre di assicurare l’integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni di rispettiva competenza individuando gli strumenti e gli atti necessari allo svolgimento di tutte le attività volte a soddisfare – mediante percorsi assistenziali integrati – bisogni di salute delle persone che richiedono unitamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

ART.2 FINALITA'

1 - Il presente accordo è finalizzato alla realizzazione di un sistema integrato nell'ambito del quale l'Azienda sanitaria Locale ASL 5 e gli Enti Gestori delle funzioni ad essi attribuite dai Comuni siano in grado di interagire sistematicamente - a livello Aziendale e del singolo distretto - su programmi e progetti definiti di comune accordo per rispondere nel modo più appropriato ai reali bisogni, garantendo la continuità delle cure ed il coordinamento degli interventi in ogni fase del percorso clinico – assistenziale, dall'ospedale al domicilio e viceversa.

2 - Nell'ambito di tale finalità vengono individuati i seguenti obiettivi comuni:

- a) Miglioramento delle capacità di valutare i bisogni reali anche non espressi, attraverso la rilevazione delle situazioni di esposizione a rischio di emarginazione e problemi connessi con la salute, intesa come benessere psicofisico e sociale, sia dei singoli individui che della popolazione del territorio nel suo complesso;
- b) Superamento dell'istituzionalizzazione e del ricovero improprio mediante il privilegio di servizi ed interventi che consentano il mantenimento, l'inserimento ed il reinserimento dei soggetti nella vita familiare, sociale, scolastica e lavorativa;
- c) Valorizzazione della capacità di funzionare a rete integrata a livello distrettuale attraverso la collaborazione sistematica delle varie figure professionali per la formulazione di progetti personalizzati d'intervento;
- d) Integrazione non solo fra servizi sanitari e socio - assistenziali, ma con i servizi educativi, scolastici e con tutti gli altri servizi del territorio, al fine di concorrere a fornire una risposta globale alle esigenze della popolazione;
- e) Valorizzazione della capacità di valutare i costi e di utilizzare in modo efficiente le risorse a disposizione, incrementando la produttività del sistema;

3 - Il perseguimento di tali finalità deve caratterizzare le modalità di lavoro di tutti i soggetti interessati, ivi compresi i terzi convenzionati con i singoli Enti contraenti.

ART.3 STRUMENTI

1 - L'Azienda Sanitaria Locale ASL 5 e gli Enti Gestori individuano nel distretto l'articolazione 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 - Il distretto - quale garante della salute e responsabile della funzione di tutela – è lo strumento deputato ad assicurare servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio - sanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del D.Lgs.502/92 e s.m.i nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali.

3 - Al distretto vengono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute fissati nel Programma delle attività territoriali e – nell'ambito delle risorse assegnate – il distretto è dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria.

4 - Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della inter settorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

- a) prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta di cui all'articolo 3- quinquies del D.Lgs.502/92 e s.m.i;
- b) determina le risorse per l'integrazione socio - sanitaria di cui all'articolo 3- septies del D.Lgs.502/92 e s.m.i e le quote rispettivamente a carico dell'Azienda sanitaria locale e degli Enti Gestori, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
- c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei Sindaci di distretto, dal Direttore di distretto ed è approvato dal Direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio - sanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

5 – Dato atto che il Sindaco è titolare delle funzioni di tutela socio - sanitaria e del diritto alla salute per i suoi cittadini – in applicazione del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. e dell'art.6, comma 2, lettera b), della L. R 1/2004 – gli Enti aderenti al presente Accordo di programma riconoscono, al Comitato dei sindaci di distretto, un ruolo centrale nella programmazione delle attività afferenti all'area dell'integrazione socio - sanitaria e nella verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti nel Programma delle attività territoriali.

6 – Il Programma delle attività territoriali ed il Piano di zona - di cui all'art.17 della Legge regionale 8 gennaio 2004, n.1- devono obbligatoriamente corrispondere nella parte relativa alle attività di integrazione socio – sanitaria oggetto del presente Accordo di Programma.

7 – Al fine di garantire la preventiva convergenza di orientamenti dei due comparti interessati, l'omogeneità di contenuti, tempi e procedure, i Comuni associati negli Enti Gestori aderenti al presente Accordo - a tutela dei diritti della popolazione - provvedono a definire il Piano di zona ai sensi dell'art. 19 della L.328/2000 concertando con l'ASL 5 la parte relativa alle attività di integrazione socio sanitaria nelle forme previste dall'art.3 quater, comma 3, lettera c), del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.

ART.4 CRITERI E PROCEDURE DI PROGRAMMAZIONE CONGIUNTA

1 - L'attuazione degli interventi oggetto del presente accordo da parte dell'ASL 5 e degli Enti Gestori si ispira ai principi ed alle indicazioni definiti nella legislazione e, pertanto, gli Enti contraenti concordano in sede di definizione del Programma annuale delle attività territoriali le linee di priorità degli interventi con particolare attenzione al perseguimento delle finalità di cui all'art.2.

2 - A tale scopo l'ASL 5 e gli Enti Gestori si impegnano:

- a) A relazionare annualmente, a cura del Direttore del Distretto e del Direttore dell'Ente Gestore, al Comitato dei Sindaci ed ai componenti dell'ufficio di coordinamento distrettuale sugli esiti della gestione integrata delle attività oggetto del presente accordo e a formulare eventuali proposte di adeguamento, finalizzate alla programmazione delle attività da parte dei singoli Enti contraenti;
- b) Alla reciproca comunicazione preventiva delle eventuali variazioni dei costi dei servizi oggetto del presente accordo;

- c) A prevedere annualmente un momento di incontro finalizzato alla progettazione congiunta tra i due Enti, entro il mese di novembre, nel quale concordare – mediante redazione di appositi protocolli da sottoporre alle Amministrazioni contraenti – le linee di intervento e gli investimenti degli Enti in termini di risorse strutturali, tecnologiche, umane, professionali e finanziarie da utilizzare nell'anno successivo per le attività oggetto del presente accordo;
- d) A individuare congiuntamente – sulla base della programmazione annuale e pluriennale delle attività – la rete delle strutture pubbliche e private accreditate attraverso le quali saranno erogati gli interventi per i cittadini residenti nel territorio dell'ASL 5;
- e) A definire congiuntamente, per le rispettive competenze, i rapporti contrattuali con le strutture di cui al punto precedente.

3 – Per garantire gli interessi e la partecipazione di tutti i soggetti aderenti al presente accordo l'ASL 5 e gli Enti Contraenti concordano di adottare - per quanto attiene alla individuazione dei fornitori delle prestazioni afferenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria - le seguenti procedure:

- a) la definizione dei sistemi di aggiudicazione, dei capitolati di appalto, nonché l'aggiudicazione sarà curata da una Commissione paritetica ASL /Enti Gestori;
- b) la gestione amministrativa delle procedure di appalto e del rapporto contrattuale posto in essere con il soggetto aggiudicatario viene assunta dall'Azienda o dall'Ente Gestore titolare dell'autorizzazione al funzionamento;
- c) la gestione amministrativa delle procedure di appalto e del rapporto contrattuale posto in essere con il soggetto aggiudicatario relativamente ai servizi territoriali alla persona (assistenza domiciliare ed educativa territoriale) viene assunta, a livello distrettuale, dall'Ente Gestore con le modalità di cui alla lettera a).

4 – Nell'ambito della programmazione locale potranno essere concertate differenti procedure in sede di definizione del Programma delle Attività Territoriali.

ART.5

RISORSE STRUMENTALI, FINANZIARIE E DI PERSONALE MESSE A DISPOSIZIONE DAGLI ENTI CONTRAENTI

1 - L'ASL 5 e gli Enti Gestori si impegnano ad assumere quale standard minimo da assicurare per tutto il periodo di vigenza del presente accordo le risorse materiali, finanziarie e di personale utilizzate da ogni singolo Ente al momento della sua stipulazione così come risultano dagli atti programmatori e dagli atti di impegno finanziario assunti.

2 - L'ASL 5 e gli Enti Gestori si impegnano altresì a mantenere gli standard qualitativi di servizi, delle attività e degli interventi così come risultanti all'atto della stipulazione.

3 - Gli ulteriori investimenti di risorse vengono concordati in sede di programmazione annuale delle attività con le modalità di cui ai precedenti articoli 3 e 4.

ART.6

ARTICOLAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI NELLA FASE DI LUNGO ASSISTENZA.

1 – **Obiettivi comuni.** L'ASL e gli Enti Gestori, ai fini della realizzazione di una rete di servizi sanitari e socio - assistenziali in grado di rispondere efficacemente ai bisogni dei

soggetti assistiti a domicilio nella realizzazione di progetti di lungo assistenza, convengono che gli obiettivi da perseguire sono:

- a) La promozione e la differenziazione delle attività e dei servizi in relazione alla molteplicità dei bisogni espressi privilegiando le azioni volte ad evitare l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione impropria;
- b) Il perfezionamento dei livelli quantitativi e qualitativi di intervento con particolare riferimento a quelli svolti al domicilio in forma integrata;
- c) Il mantenimento del paziente nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile;
- d) Il ricorso alla istituzionalizzazione, secondo criteri di appropriatezza efficacia ed efficienza;
- e) L'attivazione di una rete complessa e diversificata di prestazioni in ambito distrettuale anche attraverso il coinvolgimento del volontariato e del privato sociale.

2– Metodologie e strumenti di lavoro integrato. Lo strumento posto a garanzia del lavoro integrato tra gli Enti viene individuato nel gruppo cure domiciliari distrettuale, costituito così come previsto dalle norme vigenti. Il gruppo cure domiciliari opera in base al regolamento comune adottato formalmente dall'ASL 5 e dagli Enti Gestori. La procedura adottata viene descritta nel protocollo, indicato con la lettera **A** - che viene allegato al presente Accordo quale parte integrante e sostanziale - e viene applicata a tutti i cittadini afferenti ai singoli ambiti territoriali.

3 – Organizzazione delle attività. Le attività riferite alle cure domiciliari nella fase di lungo assistenza sono destinate ai cittadini dimorati nei territori definiti dagli ambiti distrettuali. L'ASL 5 e gli Enti Gestori mettono a disposizione il personale sanitario e sociale che si impegna nella realizzazione degli obiettivi e progetti integrati, per le rispettive competenze, ed il coordinamento delle attività rivolte alla tutela socio-sanitaria delle persone che fruiscono di cure domiciliari viene assunto dall'ASL 5 attraverso il Direttore del Distretto.

4 – Risorse professionali messe a disposizione degli Enti contraenti. Ogni parte contraente garantisce la messa a disposizione delle sotto elencate competenze professionali, necessarie a realizzare gli obiettivi prefissati ed a garantire la messa in atto dei servizi e delle prestazioni, accollandosi il relativo onere, salvo quanto indicato al successivo punto "Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti". La quantificazione delle unità di personale messe a disposizione e/o il monte ore che le stesse garantiranno per la realizzazione dei progetti verranno determinate annualmente nel momento dell'incontro finalizzato alla programmazione congiunta con le modalità di cui ai precedenti articoli 3 e 4

- a) Personale messo a disposizione dall'ASL 5
 - ❖ Direttore del Distretto
 - ❖ Medico Servizio Assistenza Sanitaria Territoriale
 - ❖ Medici dell'U.O.S. Riabilitazione Psicosociale
 - ❖ Medici di Medicina Generale
 - ❖ Pediatri di libera scelta
 - ❖ Medici del Servizio di Medicina Legale
 - ❖ Infermieri Professionali
 - ❖ Personale amministrativo a livello distrettuale.
- b) Personale messo a disposizione dall'Ente Gestore
 - ❖ Direttore dell'Ente Gestore
 - ❖ Responsabile di Area

- ❖ Assistenti sociali
- ❖ ADEST ed OSS
- ❖ Personale amministrativo a livello centrale e territoriale

5– **Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti.** La suddivisione delle quote sotto riportate ricalca la normativa vigente in materia L.E.A. D.G.R.n.51 – 11389 del 23/12/2003.

a) ASL 5

- ❖ Piani di intervento nell'ambito delle cure domiciliari di progetti di lungo assistenza, a sostegno della permanenza in famiglia, costo orario onnicomprensivo operatori ADEST e OSS utilizzati: 50%

b) Ente Gestore

- ❖ Piani di intervento nell'ambito di progetti di cure domiciliari, a sostegno della permanenza in famiglia dei soggetti in lungo assistenza, l'integrazione della quota a carico del beneficiario, sino ad un massimo del 50% del costo orario onnicomprensivo operatore ADEST e OSS utilizzati, secondo criteri fissati dai regolamenti degli Enti Gestori.

6 – **Oneri per interventi diversi.** Nell'ambito della programmazione locale verranno concordate tra i due comparti le modalità di ripartizione delle spese relative alla gestione complessiva delle attività di cui al presente Accordo. Potranno altresì essere sperimentate ulteriori attività ed interventi non compresi nel presente accordo, in tal caso la ripartizione degli oneri verrà concertata in sede di definizione del Programma delle Attività Territoriali ed approvata dal Comitato dei Sindaci.

7 – **Modalità di pagamento/rimborso degli oneri.** Nell'ambito delle Cure Domiciliari, L'ASL 5 si farà carico direttamente del pagamento delle spese relative all'utilizzo di personale ADEST e OSS – alle dipendenze degli Enti Gestori o con essi convenzionato - nelle misure stabilite dal presente articolo, con cadenza mensile.

ART.7

ARTICOLAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE , SEMI RESIDENZIALE E RESIDENZIALE A FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI.

1 – **Obiettivi comuni.** L'ASL e gli Enti Gestori, ai fini della realizzazione di una rete di servizi sanitari e socio - assistenziali in grado di rispondere efficacemente ai bisogni degli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, convengono che gli obiettivi da perseguire sono:

- a) La promozione e la differenziazione delle attività e dei servizi in relazione alla molteplicità dei bisogni espressi privilegiando le azioni volte ad evitare l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione impropria;
- b) Il perfezionamento dei livelli quantitativi e qualitativi di intervento con particolare riferimento a quelli svolti al domicilio in forma integrata;
- c) Il mantenimento dell'anziano nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile;
- d) Il ricorso alla istituzionalizzazione, secondo criteri di appropriatezza efficacia ed efficienza;
- e) L'attivazione di una rete complessa e diversificata di prestazioni in ambito distrettuale anche attraverso il coinvolgimento del volontariato e del privato sociale;

- f) Il potenziamento della rete di strutture residenziali per anziani non autosufficienti e il monitoraggio delle condizioni di vita degli ospiti finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti.

2– Metodologie e strumenti di lavoro integrato. Lo strumento posto a garanzia del lavoro integrato tra gli Enti viene individuato nell'UVG Distrettuale, costituita così come previsto dalle norme vigenti. L'UVG opera in base al regolamento comune adottato formalmente dall'ASL 5 e dagli enti Gestori. La procedura adottata viene descritta nel protocollo, indicato con la lettera **B** - che viene allegato al presente Accordo quale parte integrante e sostanziale - e viene applicata a tutti i cittadini afferenti ai singoli ambiti territoriali.

3 – Organizzazione delle attività. Le attività riferite all'Area "Tutela sanitaria e socio-assistenziale degli anziani non autosufficienti" sono destinate ai cittadini dimorati nei territori definiti dagli ambiti distrettuali. L'ASL 5 e gli Enti Gestori mettono a disposizione il personale sanitario e sociale che si impegna nella realizzazione degli obiettivi e progetti integrati, per le rispettive competenze, ed il coordinamento delle attività rivolte alla tutela socio-sanitaria degli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti viene assunto dall'ASL 5 attraverso il Direttore del Distretto.

4 – Risorse professionali messe a disposizione degli Enti contraenti. Ogni parte contraente garantisce la messa a disposizione delle sotto elencate competenze professionali, necessarie a realizzare gli obiettivi prefissati e a garantire la messa in atto dei servizi e delle prestazioni, accollandosi il relativo onere, salvo quanto indicato al successivo punto "Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti". La quantificazione delle unità di personale messe a disposizione e/o il monte ore che le stesse garantiranno per la realizzazione dei progetti verranno determinate annualmente nel momento di incontro finalizzato alla programmazione congiunta con le modalità di cui ai precedenti articoli 3 e 4

a) Personale messo a disposizione dall'ASL 5

- ❖ Direttore del Distretto
- ❖ Componenti Unità Valutativa Geriatrica
- ❖ Medico Servizio Assistenza Sanitaria Territoriale
- ❖ Medici di Medicina Generale
- ❖ Medico Servizio Medicina Legale
- ❖ Infermieri Professionali
- ❖ Personale amministrativo a livello distrettuale

b) Personale messo a disposizione dall'Ente Gestore

- ❖ Direttore dell'Ente Gestore
- ❖ Responsabile di Area
- ❖ Assistenti sociali
- ❖ ADEST ed OSS
- ❖ Personale amministrativo a livello centrale e territoriale

5– Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti. La suddivisione delle quote sotto riportate ricalca la normativa vigente in materia L.E.A. D.G.R.n.51 del 23/12/2003. In occasione dell'elaborazione e della stesura dei Programmi delle Attività Territoriali le eventuali diverse applicazioni potranno essere oggetto di concertazione locale fra Distretti ed Enti Gestori ed approvate dal Comitato dei Sindaci.

a) ASL 5

- ❖ Inserimento in presidi residenziali per non autosufficienti – quota della retta così come definita dalla vigente normativa regionale.
- ❖ Affidamento intra ed eterofamiliari: 50% della spesa sostenuta
- ❖ Assegno di servizio , alternativo al ricovero, purché rispondente a spese documentate e con il rispetto degli obblighi previdenziali: 50% della spesa totale sostenuta dall'Ente Gestore per l'erogazione dell'assegno secondo criteri e modalità fissati mediante apposito regolamento concordato ed approvato da parte degli Enti contraenti il presente accordo.
- ❖ Inserimenti in Centri Diurni Alzheimer: 100%
- ❖ Inserimento in Centro Diurno per anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti: 50% della spesa sostenuta
- ❖ Servizio di Tele soccorso e Tele assistenza: 50% della spesa concordata annualmente tra gli Enti contraenti per l'erogazione del servizio.

b) Ente Gestore:

Per le prestazioni sotto elencate l'Ente Gestore integra la quota di spesa posta a carico del cittadino, secondo criteri e modalità definite da ciascun Ente Gestore nelle more dell'individuazione - da parte della Regione Piemonte - di linee guida omogenee e fino ad un massimo corrispondente alle percentuali indicate nel presente accordo.

- ❖ Inserimento in presidi residenziali per non autosufficienti: quota della retta così come definita dalla vigente normativa regionale.
- ❖ Affidamento intra ed eterofamiliari: 50% della spesa sostenuta
- ❖ Assegno di servizio , alternativo al ricovero, purché rispondente a spese documentate e con il rispetto degli obblighi previdenziali: fino ad un massimo del 50% della spesa sostenuta per l'erogazione del assegno, secondo criteri e modalità fissati mediante apposito regolamento concordato ed approvato da parte degli Enti contraenti il presente accordo;
- ❖ Inserimenti in Centri Diurni per anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti: fino ad un massimo del 50% della spesa sostenuta;
- ❖ Servizio di Tele soccorso e Tele assistenza: 50% della spesa concordata annualmente fra gli enti contraenti per l'erogazione del servizio.

6 – Oneri per interventi diversi. Nell'ambito della programmazione locale verranno concordate tra i due comparti le modalità di ripartizione delle spese relative alla gestione complessiva delle attività di cui al presente Accordo. Potranno altresì essere sperimentate ulteriori attività ed interventi non compresi nel presente accordo, in tal caso la ripartizione degli oneri verrà concertata in sede di definizione del Programma delle Attività Territoriali ed approvata dal Comitato dei Sindaci.

7 – Modalità di pagamento/rimborso degli oneri. Gli Enti che aderiscono al presente accordo concordano di adottare le seguenti modalità pagamento/rimborso delle prestazioni:

- a) Ogni singolo Ente si farà carico direttamente del pagamento della spesa relativa alle rette di anziani non autosufficienti ricoverati dall'ASL 5 in strutture, secondo le proprie competenze, nell'ambito del rapporto formalizzato fra Enti e la struttura;
- b) L'ASL 5 provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Ente Gestore per assegni di servizio, affidamenti intra ed extrafamiliari, alternativi al ricovero, nella misura e con le modalità stabilite, con cadenza semestrale;

- c) Gli inserimenti in Centri Diurni Alzheimer verranno effettuati direttamente dall'ASL che provvederà direttamente al pagamento dei servizi;
- d) Per gli inserimenti in Centri Diurni per anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti ogni singolo Ente si farà carico direttamente del pagamento delle spese relative alle rette, secondo le proprie competenze, nell'ambito del rapporto formalizzato fra gli Enti e la struttura;
- e) L'ASL 5 provvederà al rimborso delle spese sostenute dal Consorzio per Tele soccorso e Tele assistenza, nelle misure stabilite, con cadenza semestrale.

ART 8

ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI SOCIO – SANITARI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ;

1– Obiettivi comuni. L'ASL 5 e gli Enti Gestori ai fini della realizzazione di una rete di servizi sanitari e sociali in grado di rispondere efficacemente ai bisogni dei portatori di disabilità, convengono che gli obiettivi comuni sono:

- a) Il raggiungimento del massimo possibile di autonomia e di integrazione sociale di ciascun disabile privilegiando gli interventi territoriali e domiciliari;
- b) Il mantenimento del disabile nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile;
- c) Il perfezionamento dei livelli quantitativi e qualitativi di intervento;
- d) Il ricorso alla istituzionalizzazione, secondo criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza;
- e) La promozione e realizzazione di opportunità diversificate di strutture residenziali alternative all'istituzionalizzazione quali comunità alloggio, di pronto intervento, di convivenza guidata nel rispetto delle disposizioni normative in materia ed il monitoraggio delle condizioni di vita degli ospiti finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi.

2– Metodologie e strumenti di lavoro integrato. Le modalità operative verranno stabilite per quanto di competenza dal Direttore del Distretto e dal Direttore dell'Ente Gestore, avvalendosi degli organi tecnici previsti dalla normativa nazionale e regionale (U.V.A.P.) – D.G.R. del 22.2.93 n.147-23154 – e (U.M.) L. n.104/92 e s.m.i. L'U.V.A.P. opera in base al regolamento comune adottato formalmente dall'A.S.L.5 e dagli Enti Gestori. La procedura adottata viene descritta nel protocollo, indicato con la lettera **C** - che viene allegato al presente Accordo quale parte integrante e sostanziale - e viene applicata a tutti i cittadini afferenti ai singoli ambiti territoriali.

3 – Organizzazione delle attività Le attività riferite all'Area "Tutela sanitaria e socio-assistenziale per le persone con disabilità", sono destinate ai cittadini dimorati nei territori definiti dagli ambiti distrettuali. L'ASL 5 e gli Enti Gestori mettono a disposizione il personale sanitario e sociale che si impegna nella realizzazione degli obiettivi e progetti integrati, per le rispettive competenze, ed il coordinamento delle attività rivolte alla tutela socio-sanitaria dei disabili viene assunto dall'ASL 5 attraverso il Direttore del Distretto.

4 – Risorse professionali messe a disposizione dagli Enti contraenti. Ogni parte contraente garantisce la messa a disposizione delle sotto elencate competenze professionali, necessarie a realizzare gli obiettivi prefissati ed a garantire la messa in atto dei servizi e delle prestazioni, accollandosi il relativo onere, secondo quanto indicato al successivo punto "Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti". La quantificazione delle unità di personale messe a disposizione e/o il monte ore che le stesse garantiranno per la

realizzazione del progetto verranno determinate annualmente nel momento di incontro finalizzato alla programmazione congiunta con le modalità di cui ai precedenti articoli 3 e 4

a) Personale messo a disposizione da parte dell'ASL 5:

- ❖ Direttore del Distretto
- ❖ Psichiatri
- ❖ Neuropsichiatri infantili
- ❖ Medici del Servizio di Assistenza Sanitaria Territoriale
- ❖ Medici di Medicina Generale
- ❖ Medici del Servizio di Medicina Legale
- ❖ Pediatri di base
- ❖ Psicologi
- ❖ Terapisti della riabilitazione
- ❖ Fono – logopedisti
- ❖ Infermieri professionali
- ❖ Educatori professionali
- ❖ Personale amministrativo.

b) Personale messo a disposizione dall'Ente Gestore

- ❖ Direttore dell'Ente Gestore
- ❖ Responsabile di Area
- ❖ Assistenti sociali
- ❖ Educatori professionali
- ❖ ADEST ed OSS
- ❖ Personale amministrativo a livello centrale e territoriale

5 – Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti. La suddivisione delle quote sotto riportate ricalca la normativa vigente in materia L.E.A. D.G.R.n.51 del 23/12/2003. In occasione dell'elaborazione e della stesura di Programmi di Attività Territoriali le eventuali diverse applicazioni potranno essere oggetto di concertazione locale fra Distretti ed Enti Gestori ed approvate dal Comitato dei Sindaci.

a) ASL 5:

- ❖ Inserimenti in presidi residenziali convenzionati: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R.n.51 – 11389 del 23.12.03.
- ❖ Piani di intervento nell'ambito delle cure domiciliari dell'assistenza domiciliare (SAD), predisposti dall'UVAP/UVG ed alternativi al ricovero, impossibilitati a frequentare il Centro Diurno: 60% del costo orario onnicomprensivo degli operatori ADEST e OSS utilizzati, come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03.
- ❖ Inserimenti in Centri Diurni: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- ❖ Inserimenti in attività Centro Addestramento Disabili: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- ❖ Piani di intervento nell'ambito dell'Assistenza educativa territoriale, quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- ❖ Assegno di servizio, alternativo al ricovero, purché rispondente a spese documentate e con il rispetto degli obblighi previdenziali: 50% della spesa totale sostenuta dall'Ente Gestore per l'erogazione dei contributi secondo criteri e modalità fissati mediante apposito regolamento concordato ed approvato da parte degli Enti contraenti la presente convenzione.
- ❖ Affidamenti intra ed extrafamiliari:50%

- ❖ Servizio di Telesoccorso e Tele assistenza : 50% della spesa concordata annualmente fra gli Enti contraenti per l'erogazione del servizio.

b) Ente gestore

Per le prestazioni sotto elencate l'Ente Gestore integra la quota di spesa posta a carico del cittadino, secondo criteri e modalità definite da ciascun Ente Gestore nelle more dell'individuazione - da parte della Regione Piemonte - di linee guida omogenee e fino ad un massimo corrispondente alle percentuali indicate nel presente accordo.

- ❖ Inserimenti in presidi residenziali convenzionati: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- ❖ Inserimenti in Centri Diurni: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- ❖ Inserimenti in Centri di Addestramento Disabili: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- ❖ Piani di intervento nell'ambito dell'Assistenza educativa territoriale – quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.03
- ❖ Assegno di servizio, alternativo al ricovero, purché rispondente a spese documentate e con il rispetto degli obblighi previdenziali: fino ad un massimo del 50% della spesa sostenuta dall'Ente Gestore per l'erogazione dei contributi secondo criteri e modalità fissati mediante apposito regolamento concordato ed approvato da parte degli Enti contraenti il presente accordo.
- ❖ Affidamenti intra ed extrafamiliari:50%
- ❖ Servizio di Tele soccorso e Tele assistenza: 50% della spesa concordata annualmente fra gli Enti contraenti per l'erogazione del servizio.

6 – **Oneri per interventi diversi.** Nell'ambito della programmazione locale verranno concordate tra i due comparti le modalità di ripartizione delle spese relative alla gestione complessiva delle attività di cui al presente Accordo. Potranno altresì essere sperimentate ulteriori attività ed interventi non compresi nel presente accordo, in tal caso la ripartizione degli oneri verrà concertata in sede di definizione del Programma delle Attività Territoriali ed approvata dal Comitato dei Sindaci.

7 – **Modalità di pagamento/rimborso degli oneri.** Gli Enti che aderiscono al presente accordo concordano di adottare le seguenti modalità pagamento/rimborso delle prestazioni:

- a) Ogni singolo Ente si farà carico direttamente del pagamento delle spese relative alla quota di spesa per rette di ricovero nelle strutture e/o di permanenza nei Centri Diurni convenzionati o affidati alla gestione di soggetti terzi, nella misura e con le modalità stabilite, secondo le proprie competenze.
- b) L'ASL5 si farà carico direttamente del pagamento delle spese relative all'utilizzo di personale Educativo nell'ambito del servizio di educativa territoriale.
- c) L'ASL 5 provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Ente Gestore per assegni di servizio e per affidamenti familiari, alternativi al ricovero, nella misura e con le modalità stabilite, con cadenza semestrale.
- d) L'ASL provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Ente Gestore per Tele soccorso e Tele assistenza, nelle misure stabilite, con cadenza semestrale entro i sessanta giorni successivi alla presentazione del rendiconto.

ART. 9 COLLEGIO DI VIGILANZA

1 - Ai sensi dell'art. 34, comma 6°, del D,Lgs. n. 267/2000, la vigilanza e il controllo sull'esecuzione del presente Accordo di Programma sono esercitati da un collegio costituito dal Direttore Generale dell'ASL 5, o da suo delegato, che lo presiede e dal Presidente dell'Ente Gestore, o suo delegato. 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) provvede, ove necessario, alla convocazione dei soggetti sottoscrittori e di altri soggetti eventualmente interessati, per l'acquisizione dei pareri in merito all'attuazione dell'Accordo di Programma;
- d) dirime in via bonaria le controversie che dovessero insorgere tra le parti in ordine all'interpretazione e all'attuazione del presente Accordo di Programma;
- e) valuta le proposte di modifica del Programma 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 del presente Accordo di Programma, propone la riapertura dell'Accordo stesso;
- f) valuta le eventuali modifiche al Programma;
- g) propone l'adozione di provvedimenti di proroga al termine di durata dell'Accordo di Programma.

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

ART. 10 VINCOLATIVITA' 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.

2 - Gli stessi soggetti sono inoltre tenuti a compiere gli atti applicativi e attuativi dell'accordo stesso, stante l'efficacia contrattuale del medesimo.

ART. 11 APPROVAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO

1 - Ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs 18.08.2000, n.267, comma 4, l'Accordo di Programma è approvato con atto del Direttore Generale dell'ASL 5 ed è pubblicato sul B.U.R della Regione Piemonte.

La durata del presente accordo di Programma è stabilita in anni 5 che decorrono dalla predetta pubblicazione sul B.U.R.P del provvedimento del Direttore Generale e del relativo Accordo di Programma. Entro tre anni dalla sottoscrizione del presente Accordo, il

Collegio di vigilanza verificherà lo stato di attuazione dello stesso e proporrà le integrazioni in merito alla tempistica ed alla articolazione degli interventi.

ART.12 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.

Collegno, li _____

Letto, approvato e sottoscritto.

Il Direttore Generale dell'ASL 5

Il Presidente del Consorzio
Socio Assistenziale C.IS.A.P.

Il Presidente del Consorzio
Socio Assistenziale C.I.S.A.

Il Presidente del Consorzio
Socio Assistenziale C.I.S.S.A.

Il Presidente del Consorzio
Socio Assistenziale C.I.di.S.

Il Presidente del Consorzio
Socio Assistenziale Con.I.S.A.

il Presidente della Comunità
Montana "Val Sangone"

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

OGGETTO: ACCORDO DI PROGRAMMA, ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, tra l'Azienda Sanitaria Locale n.5 e gli Enti Gestori delle funzioni socio – assistenziali dell'ambito territoriale aziendale, finalizzato all'applicazione della D.G.R. 51 – 11389 del 23.12.2003 "D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio – sanitaria".

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 Sigg.ri:

- ❖ Nicolò Coppola Direttore Generale dell'ASL n. 5
- ❖ Elide TISI Presidente del Consorzio Socio – Assistenziale – C.I.S.A.P.
- ❖ Antonio COLONNA Presidente del Consorzio Socio – Assistenziale – C.I.S.A
- ❖ Ugo PODNER KOMAROMY Presidente del Consorzio Socio–Assistenziale - C.I.S.S.A
- ❖ Gianna BUSSO MORIONDO Presidente del Consorzio Socio – Assistenziale C.I.di.S.
- ❖ Emanuele BELLAVIA Presidente del Consorzio Socio – Assistenziale Con.I.S.A.
- ❖ Ferdinando SADA Presidente della Comunità Montana Val Sangone

I convenuti, dopo ampio dibattito, hanno espresso il proprio consenso unanime sulla bozza di Accordo elaborata, condividendone i contenuti e più in generale condividendo l'iniziativa, obiettivo del presente Accordo di Programma.

Il presente verbale viene redatto a cura del Dott.ssa. A. M. Araldo – Funzionario della ASL n. 5, in qualità di responsabile del procedimento di stipulazione dell'Accordo.

Collegno, lì ___ luglio 2004

Letto, confermato e sottoscritto

Il Direttore Generale dell'ASL 5

Il Presidente del Consorzio
Socio Assistenziale C.IS.A.P.

Il Presidente del Consorzio
Socio Assistenziale C.I.S.A.

Il Presidente del Consorzio
Socio Assistenziale C.I.S.S.A.

Il Presidente del Consorzio
Socio Assistenziale C.I.di.S.

Il Presidente del Consorzio
Socio Assistenziale Con.I.S.A.

il Presidente della Comunità
Montana "Val Sangone"

ALLEGATO A

PROTOCOLLO RELATIVO ALL'ARTICOLAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

Premessa

Il presente protocollo è relativo all'applicazione dei LEA nell'area Cure Domiciliari, frutto di un lavoro congiunto tra rappresentanti dell'Asl 5 e degli Enti Gestori dei Servizi Socio - assistenziali.

Bacino di utenza

Utenti che necessitano di cure a domicilio.

Nell'anno 2003 gli utenti assistiti nell'A.S.L. 5 sono stati:

- A.D.I. 1060 di cui 722 > di 65 aa
- S.I.D. 6154 di cui 4912 > di 65 aa
- A.D.P 2329 di cui 2329 > di 65 aa

A questi sono da aggiungere i casi di soggetti in carico al servizio socio assistenziale.

Accesso all'assistenza per la fase acuta e postacuta

La segnalazione di necessità di cure domiciliari può essere effettuata da:

- Medico di medicina generale
- Medico del reparto ospedaliero in caso di dimissione protetta
- Servizio sociale
- Utente

La segnalazione sarà inoltrata nella sedi dei singoli Distretti e ricevuta da personale preposto.

Fase operativa

Il medico AST e/o il coordinatore infermieristico visionano quanto segnalato; qualora la segnalazione non sia stata formulata dal medico curante, contattano il medico di medicina generale dell'utente e il servizio sociale, quando coinvolto, e concordano la riunione per un'eventuale presa in carico.

L'attivazione avviene con richiesta scritta del medico curante, medico di medicina generale o pediatra di libera scelta.

Controllati i requisiti, valutati i bisogni, stabilito il grado di intensità sanitaria ed eventualmente sociale (D.G.R. n. 41-5952), si concorda il piano assistenziale, stabilendo il numero di accessi del medico di medicina generale, dell'infermiere professionale e eventualmente dell'ADEST, O.S.S.

Nella stessa sede si procederà alla quantificazione del peso sanitario ed eventualmente sociale.

In base al peso sanitario l'utente accederà alla fase intensiva/estensiva o direttamente alla fase di lungoassistenza con le procedure amministrative ed operative adottate per i soggetti anziani o disabili. In caso di dimissione protetta l'utente accederà direttamente nella fase intensiva/estensiva. (D.G.R. n. 51-11398 del 23-12-2003)

Oltre alla predisposizione dei piani individualizzati e alla quantificazione del peso si procederà alla individuazione del referente del caso e alle modalità del monitoraggio.

Il referente del caso che nel corso del monitoraggio rilevi un cambiamento della complessità assistenziale tale da essere compreso in regime di lungoassistenza trasmette al responsabile di procedimento all'UVG e/o UVAP.

Il referente del caso potrà essere individuato tra le diverse figure professionali in base alla complessità assistenziale.

La pesatura della complessità assistenziale sarà effettuata con riferimento alla D.G.R.n.51 del 2003.

A livello distrettuale, nella prima fase di attuazione del protocollo si procederà progressivamente a rivalutare i soggetti in carico ai servizi sociali e non ancora segnalati alle cure domiciliari

La direzione distrettuale e gli enti gestori garantiranno le risorse umane e strumentali per il buon funzionamento (N.I.A.-N.I.D.) di quanto sopra espresso.

Così come per l'area disabili un nucleo di staff gestionale potrebbe affiancare la direzione nel gestire le risorse assegnate al fine di soddisfare in equità il bisogno di salute espresso.

Strumento Aziendale

Il Gruppo Cure Domiciliari centralizzato consente alla Azienda di assicurarsi il rispetto delle indicazioni regionali, che prevedono un Gruppo Cure Domiciliari centralizzato per Azienda e conciliarlo, allo stesso tempo con l'esigenza aziendale di articolare le proprie funzioni di Distretto.

Il Gruppo Cure Domiciliari centralizzato è coordinato dal dirigente dell'U.O.C. A.S.T.e vede quali componenti operatori sanitari dei singoli Distretti.

Il Gruppo Cure Domiciliari centralizzato cura la stesura del regolamento, che sarà adottato con atto formale dalla ASL e dagli Enti gestori.

Il Gruppo Cure Domiciliari centralizzato utilizza il metodo dell'audit, confronto fra pari, per monitorare la applicazione del regolamento e la omogeneità metodologica nell'uso degli strumenti clinici di valutazione del caso.

Essa assicura la elaborazione di strumenti di raccolta dati, uniformi e rispondenti al debito informativo verso la Regione ed il Ministero, raccoglie, elabora, verifica e restituisce alla Direzione del distretto ed alla Direzione dell'Ente gestore, i dati elaborati.

ALLEGATO B

B.1 - PROTOCOLLO RELATIVO ALL'ARTICOLAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE, SEMI RESIDENZIALE E RESIDENZIALE A FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Premessa.

Il presente protocollo è relativo all'applicazione dei LEA nell'area anziani, frutto di un lavoro congiunto tra rappresentanti dell'ASL 5 e degli Enti Gestori dei Servizi Socio assistenziali.

Bacino di utenza

Popolazione anziana ASL 5 non autosufficiente.

Al 31/12/2003 gli anziani ultra sessantacinquenni risultano quantificati in 66.877 unità.

I bisogni degli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti sono diversificati:

- pazienti che necessitano di cure domiciliari
- pazienti che necessitano di un supporto economico
- pazienti che necessitano di un inserimento in strutture semi residenziali
- pazienti che necessitano di un ricovero in strutture residenziali

Percorso amministrativo

Le persone anziane o chi per esse, che necessitano di interventi sociosanitari si rivolgono alla segreteria del Distretto per inoltrare una richiesta di intervento su modulo predisposto.

A secondo dell'organizzazione in vigore nei singoli Distretti, sarà possibile la ricezione della domanda da parte di uffici di Enti Gestori appositamente individuati, che provvederanno alla trasmissione all'ASL.

La segreteria di Distretto provvederà a trasmettere la domanda all'U.V.G.

La direzione di Distretto individua il responsabile del procedimento che trasmette la domanda all'U.V.G.

Così come per l'area disabili il nucleo di staff gestionale affiancherà la direzione nel gestire le risorse assegnate al fine di soddisfare in equità il bisogno di salute espresso.

L'UVG effettua l'istruttoria del procedimento e trasmette la valutazione alla segreteria.

Al richiedente verrà inviata comunicazione scritta entro 60 giorni, dal ricevimento della domanda corredata dalla documentazione necessaria, con l'esito della valutazione.

Strumenti operativi.

La segreteria dell'U.V.G. una volta ricevuta la domanda convoca i componenti dell'U.V.G. distrettuale e organizza sessioni settimanali per procedere alla valutazione delle richieste pervenute.

Verrà comunicata la data e l'orario della seduta dell'U.V.G. anche al medico di medicina generale del singolo paziente.

L'U.V.G. verifica i casi segnalati mediante l'esame della documentazione pervenuta e accertamento diretto da parte di uno o più dei suoi componenti (qualora non vi sia una conoscenza diretta). Richiede se opportuno la consulenza di un medico specialista (geriatra, psichiatra, neurologo...).

Compito dell'U.V.G. distrettuale, in collaborazione con il Nucleo Interdisciplinare Socio Sanitario Territoriale per gli Anziani (di seguito N.I.A.) costituito da un medico AST, caposala infermieristico, assistente sociale, sarà la stesura di un progetto individualizzato rispondente al bisogno del paziente:

- ❖ cure domiciliari in alternativa al ricovero (ADI, ADP, SAD, SID) tali cure rientrano nella fase di lungo assistenza
- ❖ erogazione di interventi economici alternativi al ricovero;
- ❖ inserimento nei centri diurni;
- ❖ ricovero in RSA ovvero in RAF;
- ❖ interventi di altra natura (ricovero in ospedale/casa di cura, affidi);

Ulteriore compito dell'UVG con il N.I.A. sarà il monitoraggio del piano individualizzato, in rapporto agli obiettivi fissati di volta in volta.

La direzione Distrettuale e gli Enti Gestori garantiranno le risorse umane e strumentali per la costituzione del N.I.A.

Il N.I.A. individua al suo interno il referente del progetto per il singolo paziente e nel servizio il responsabile del caso nell'ambito del rete, che potrà essere rappresentato da figure professionali diverse in base alla complessità assistenziale.

La pesatura della complessità assistenziale sarà effettuata con riferimento alla D.G.R.n.51 del 2003.

L'U.V.G. distrettuale procederà a:

- ❖ rivalutare i soggetti in lista di attesa;
- ❖ rivalutare i soggetti in carico ai servizi sociali e non ancora segnalati all'U.V.G.;
- ❖ rivedere insieme al gruppo che si occupa delle cure domiciliari i casi da loro seguiti per valutarne il passaggio alla lungo assistenza.

Per queste valutazioni l'U.V.G. si avvarrà del referente del progetto.

L'ASL e gli Enti Gestori adotteranno con atto formale gli strumenti di valutazione e le procedure da adottarsi.

Strumento Aziendale

L'Unità di Valutazione Geriatrica centralizzata consente alla Azienda di assicurarsi il rispetto delle indicazioni regionali, che prevedono una UVG per Azienda e conciliarlo, allo stesso tempo con l'esigenza aziendale di articolare le proprie funzioni di Distretto.

La UVG centralizzata è presieduta dal dirigente dell'U.O.S. Residenzialità per Anziani e vede quali componenti i presidenti delle UGV distrettuali ed i Direttori degli Enti gestori o loro delegati.

La UVG centralizzata cura la stesura del regolamento, che sarà adottato con atto formale dalla ASL e dagli Enti gestori.

La UVG centralizzata utilizza il metodo dell'audit, confronto fra pari, per monitorare la applicazione del regolamento e la omogeneità metodologica nell'uso degli strumenti clinici di valutazione del caso.

Essa assicura la elaborazione di strumenti di raccolta dati, uniformi e rispondenti al debito informativo verso la Regione ed il Ministero, raccoglie, elabora, verifica e restituisce alla Direzione del distretto ed alla Direzione dell'Ente gestore, i dati elaborati.

Infine mette a punto strumenti validati di valutazione dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi attuati in funzione degli esiti di salute attesi.

B.2 - PROCEDURA PER LA DEFINIZIONE DELLE CONVENZIONI TRA L'A.S.L. N.5, GLI ENTI GESTORI DEI SERVIZI SOCIALI COMPETENTI PER TERRITORIO E LE STRUTTURE PRIVATE PER IL RICOVERO DI SOGGETTI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI.

Premessa.

L'ASL 5 e gli Enti Gestori aderenti all'Accordo di Programma concordano di avvalersi del Dipartimento Territoriale per la Continuità delle Cure - quale aggregazione di strutture aziendali semplici e complesse, aventi competenze e funzioni prevalentemente orientate sul versante dell'attività della produzione sanitaria – per il coordinamento ed il supporto nella fase istruttoria finalizzata alla stipulazione delle convenzioni per il ricovero di anziani non autosufficienti.

Obiettivi.

- a) Uniformare per quanto possibile gli standard qualitativi minimi di assistenza richiesti in tutte le strutture convenzionate dei cinque distretti aziendali, nel rispetto della normativa vigente in materia d'erogazione di prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti;
- b) Coadiuvare il Direttore di Distretto ed il Direttore dell'Ente Gestore competente per territorio nel rapporto con le strutture, relativamente alla suddetta materia.

La scelta delle strutture.

La scelta congiunta delle strutture da convenzionare avviene sulla base dei seguenti criteri in ordine di priorità, fermo restando come requisito indispensabile il rispetto dei livelli essenziali di assistenza fissati dalla normativa regionale vigente:

- a) Titolari di convenzioni nell'anno precedente con ricoveri ancora in corso;
- b) Strutture di proprietà di enti pubblici (Comuni o Enti Gestori), di enti religiosi o associazioni senza scopo di lucro;
- c) Posizione geografica all'interno del territorio aziendale;
- d) Retta conveniente;
- e) Flessibilità nell'adeguare il livello di assistenza in base alle condizioni del ricoverato;
- f) Bassa frequenza del ricorso al ricovero ospedaliero;
- g) Limitato numero di reclami dei parenti degli ospiti inoltrati al Distretto territoriale di appartenenza.

Ulteriore criterio per la definizione del piano annuale di convenzionamento è rappresentato dal Programma delle Attività Territoriali nel quale vengono di norma privilegiate le strutture collocate in ambito distrettuale; fatta salva la possibilità di convenzionare posti in altri distretti ed inoltre - “ad esaurimento” - presso presidi esterni al territorio aziendale.

Metodologie e strumenti di lavoro integrato.

il Direttore di Distretto, il Direttore dell'Ente Gestore ed il Direttore del Dipartimento Territoriale per la Continuità delle Cure, una volta individuate le strutture convenzionabili verificano - alla luce degli standard regionali relativi ai posti letto in rapporto alla popolazione 65 anni e oltre residente, delle liste di attesa e delle previsioni di assegnazione dei budget annuali distrettuali e degli Enti Gestori - se ed in che misura il numero di posti letto convenzionati debba essere variato rispetto all'anno precedente. Provvedono inoltre ad acquisire la valutazione della Commissione di Vigilanza e dell'U.V.G. in ordine alla qualità dei servizi erogati dalle strutture individuate.

Modalità di pagamento delle rette derivanti dalle convenzioni.

Gli oneri derivanti dalla stipulazione delle convenzioni vengono ripartiti tra il comparto sanitario e quello sociale con i criteri e le metodologie definite dall'articolo 7, comma 5, dell'Accordo di Programma.

Alle strutture convenzionate viene richiesto di procedere alla fatturazione ripartendo la spesa tra ASL, Ente Gestore ed utente secondo le indicazioni fornite dal Distretto all'atto dell'immissione in struttura e successivamente aggiornate annualmente.

Il pagamento della quota sanitaria, è effettuato direttamente dall'A.S.L. All'Ente Gestore viene fatturata la quota di integrazione della spesa posta a carico dell'utente determinata secondo criteri e modalità definite dall'Ente stesso nelle more dell'individuazione – da parte della Regione Piemonte – di linee guida omogenee e fino ai massimali corrispondenti alle percentuali indicate nell'Accordo di Programma.

Gli Enti contraenti provvedono al pagamento delle fatture di competenza entro 90 giorni dalla data di ricevimento della fattura (data protocollo e data emissione mandato). Alle fatture devono essere allegati i moduli delle presenze. In caso di ritardato pagamento, viene prevista la corresponsione di interessi moratori, se richiesta dal creditore, nella misura del tasso vigente ai sensi dell'art. del Codice Civile.

La retta giornaliera - che è da intendersi come onnicomprensiva - viene corrisposta esclusivamente per le giornate di effettiva presenza, e non verrà erogata qualora l'ospite venga ricoverato in ospedale. In caso di mancata comunicazione all'A.S.L. di ricoveri ospedalieri viene applicata una penale corrispondente ad una mensilità.

Qualora il Direttore di Distretto, il Direttore dell'Ente Gestore ed il Direttore del Dipartimento Territoriale per la Continuità delle Cure riscontrino che le risorse messe a disposizione dal soggetto gestore della struttura non corrispondono a quanto specificato nel testo della convenzione, la retta verrà ridotta proporzionalmente.

Diritti degli utenti.

Così come previsto dalla DGR 29-29519 del 01.03.00, nel caso in cui l'ospite necessiti di un livello di assistenza superiore agli standard dei posti letto RAF previsti in convenzione, il Direttore di Distretto potrà richiedere alle strutture di concordare un limite massimo di retta entro il quale si procederà alla determinazione della diaria sulla base dell'effettivo

impiego delle risorse aggiuntive necessarie così come individuate nel Piano di Assistenza Individuale.

In ottemperanza della DGR 46-9275 del 05.05.03, nel caso in cui l'ospite riacquisti o mantenga una seppur parziale autosufficienza, il Direttore di Distretto potrà richiedere alle strutture di predisporre posti letto a bassa intensità assistenziale nell'ambito della RAF. La relativa retta viene in tal caso determinata dal Direttore stesso in accordo con la direzione del presidio.

Nulla può essere richiesto all'utente o ai familiari in aggiunta alla retta giornaliera - stabilita i criteri individuati nel presente protocollo - né può essere richiesto alcun deposito cauzionale al momento dell'inserimento.

Nel caso l'utente inserito decida - previa autorizzazione scritta da parte del Responsabile della struttura - di assentarsi volontariamente, per usufruire di un periodo di ospitalità presso i propri familiari, dovrà corrispondere direttamente l'85% della quota posta a suo carico. Sono in tal caso fatti salvi diversi accordi con l'Ente Gestore che eventualmente ne integra la retta.

La conservazione del posto letto viene comunque a decadere per assenze volontarie superiori ai 30 giorni consecutivi.

In caso di necessità il Direttore del Distretto interessato - sulla base degli accordi intercorsi con il Direttore dell'Ente Gestore e formalizzati nel Piano delle Attività Territoriali, previa verifica della disponibilità economica del budget assegnato e della disponibilità della struttura convenzionata ad accogliere nuovi ospiti - può concordare, con quest'ultima, di procedere ad inserimenti oltre i posti letto indicati in convenzione ed ai quali si estendono i vincoli della medesima. Tali inserimenti possono avere caratteristiche di ricovero temporaneo con finalità di sollievo, anche per pazienti in fase terminale di malattia.

Decorrenza e durata delle convenzioni.

Le convenzioni hanno durata annuale con scadenza al 31 dicembre. Possono essere rinnovate previo accordo tra le direzioni del Distretto e dell'Ente Gestore che le approvano con propri atti deliberativi.

Qualora una delle parti non intendesse rinnovare la convenzione dovrà provvedere a notificare tale intendimento agli altri contraenti con un preavviso di 60 giorni rispetto alla data di scadenza. In mancanza del suddetto preavviso le convenzioni esplicano i loro effetti - alle medesime condizioni pattuite tra le parti - a decorrere dal 1 gennaio dell'anno successivo alla scadenza a prescindere dalla materiale stipulazione delle stesse.

In caso di mancato rinnovo deve essere garantita la continuità assistenziale dell'utenza ospite.

Risoluzione delle convenzioni per inadempimento.

La struttura convenzionata è responsabile del pieno adempimento delle condizioni contrattuali. Qualora dal controllo effettuato dai soggetti aderenti all'Accordo di Programma risultino inadempienze, verrà data comunicazione scritta alla struttura affinché provveda ad eliminarle.

Qualora le inadempienze riscontrate nei servizi forniti dalla struttura fossero tali da impedire lo svolgimento delle attività ad esso affidate, l'ASL, di comune accordo con l'Ente Gestore, può risolvere anticipatamente la convenzione con un preavviso scritto di 30 giorni, fatto salvo il risarcimento dei danni.

In tal caso sarà cura dell'ASL provvedere alla collocazione degli ospiti di propria competenza presso altre strutture. In presenza di una retta più elevata, la differenza verrà addebitata - per il periodo di vigenza della convenzione medesima - alla struttura nei cui confronti si è addivenuti alla risoluzione anticipata.

Soluzioni delle controversie e registrazione delle convenzioni.

L'ASL 5 e gli Enti Gestori aderenti all'Accordo di Programma concordano che per le parti non esplicitamente previste nelle convenzioni con le strutture si faccia riferimento alle norme del C.C. e del C.P.C.. In caso di contenzioso viene stabilita la competenza del Foro di Torino.

Si conviene altresì che le convenzioni vengano registrate in caso d'uso ai sensi dell'art. 5 del DPR 26.4.86, n. 131 e che le relative spese d'atto e conseguenti siano poste a carico delle strutture convenzionate.

ALLEGATO C

PROTOCOLLO RELATIVO ALL'ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI SOCIO – SANITARI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ

Premessa

Il presente protocollo è relativo all'applicazione dei LEA nell'area dei soggetti disabili, frutto di un lavoro congiunto tra rappresentanti dell'ASL 5 e degli Enti Gestori dei Servizi Socio assistenziali.

Bacino di utenza

Premessa necessaria è il riferimento a:

- ❖ tipo di popolazione verso cui si dirige l'obbligo, identificata nei soggetti descritti al fondo di pagina 1 dell'allegato B della D.G.R. 51 – 11389 del 23.12.2003, sino a 65 anni di età;
- 1. soggetti, minori e adulti, affetti da patologie croniche invalidanti, che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia;
- 2. soggetti, minori e adulti, colpiti da minorazione fisica;
- 3. soggetti, minori e adulti, colpiti da minorazione di natura intellettuale e/o fisica, anche associata a disturbi del comportamento e relazionali non prevalenti, in genere non inseribili nel mondo del lavoro;
- 4. minori con situazioni psico sociali anomale associate a sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali (ICD 10), fatti salvi gli interventi di esclusiva competenza sanitaria.
- ❖ concetto di gravità descritto a pagina 2 dell'allegato B, ossia:
 1. il riconoscimento di gravità avvenuto in sede di Commissione ex L.104/92.
 2. il riconoscimento della non inseribilità al lavoro avvenuto in sede di Commissione ex L. 68/99

Questi riferimenti delimitano con chiarezza il bacino di popolazione per la quale sono da prevedersi gli interventi congiunti obbligatori di ASL – Enti Gestori.

Percorso amministrativo

Il cittadino, chi esercita per lui la potestà genitoriale, il tutore, le ASL di competenza territoriale nelle loro varie articolazioni, gli Enti Gestori dei servizi socio – assistenziali di competenza, il Sindaco del comune di residenza (in quanto autorità sanitaria) possono attivare l'UVAP, col consenso dell'interessato o del tutore, qualora interdetto, o di chi esercita la potestà genitoriale se minore.

Il modulo per la domanda sarà approntato in forma unitaria.

Esso conterrà le autorizzazioni ed i consensi informati previsti dalla legge per queste attività, ivi compreso il consenso ad eventuali processi di rivalutazione richiesti dai vari soggetti coinvolti nel progetto di intervento, fermo restando il diritto del cittadino ad opporsi a conclusioni della rivalutazione sulle quali non concordasse.

Eventuali divergenze tra i vari attori (comprese divergenze di valutazione tra servizi clinici) saranno sottoposte alla Commissione Etica Aziendale una volta costituita.

A seconda dell'organizzazione in vigore nei singoli distretti, sarà possibile la ricezione della domanda da parte degli uffici degli Enti Gestori appositamente individuati, che provvederanno alla trasmissione all'ASL. Tale percorso sarà specificato con precisione in sede di accordo tra ASL ed Enti Gestori.

Il recettore Aziendale sarà la segreteria del distretto.

Il direttore di distretto può avvalersi per i vari aspetti gestionali dello staff di gestione del programma, nucleo composto da figure di tipo amministrativo, sanitario, e anche dell'area socio – assistenziale, (qualora nell'accordo stipulato a livello locale facesse parte del piano delle attività concordate), con cui il direttore di distretto interagisce nel gestire le risorse assegnategli, per i centri di costo pertinenti, al fine di soddisfare in equità il bisogno sanitario espresso.

La direzione distrettuale, quale espressione della titolarità dell'A.S.L. nell'applicazione della D.G.R. 51 – 11389 del 23/12/2003, individua in questo nucleo il responsabile del procedimento che trasmette la domanda all'U.V.A.P.

L'U.V.A.P. predispone il progetto individuale avvalendosi della collaborazione di un Nucleo Interdisciplinare Socio – Sanitario Territoriale per la Disabilità (di seguito abbreviato come Nucleo Interdisciplinare per la Disabilità), la cui azione si esplicherà nell'area di attività del distretto.

Il progetto individuale sarà redatto dagli operatori incaricati coinvolgendo nel modo più ampio possibile il soggetto interessato, in modo tale che esso rappresenti l'espressione della condivisione di competenze, idee sensibilità e volontà.

Sarà firmato del cittadino che ha attivato il percorso e dal responsabile del caso, nell'ambito di un rapporto caratterizzato dalla massima trasparenza e dalla corresponsabilizzazione.

Il Nucleo Interdisciplinare per la Disabilità realizza anche l'intervento a livello territoriale, con le risorse già disponibili, avvalendosi della rete dei servizi territoriali nelle sue varie espressioni, e collabora con il direttore del distretto, con il direttore dell'ente gestore e con l'UVAP alla predisposizione, all'aggiornamento ed al monitoraggio delle eventuali liste d'attesa.

Per quanto concerne l'attivazione di risorse non disponibili a livello locale (ad esempio l'inserimento in una struttura esterna), si manterrà l'organizzazione più diffusa attualmente: l'UVAP (se non dispone di un budget annuale proprio predefinito) informa il direttore del distretto e dell'ente gestore, che provvedono ad autorizzare l'intervento.

Tale autorizzazione risulta necessaria peraltro anche per gli altri tipi di intervento, ma si potrebbe considerare acquisita a monte a fronte di un affidamento a UVAP e Nucleo Interdisciplinare per la Disabilità del compito di attuare iniziative che non presumanò allocazione di nuove risorse economiche.

A tal proposito restano da definire tramite appositi protocolli le risorse individuate da enti gestori o comuni per il sostegno agli inserimenti socio - occupazionali.

L'organizzazione delle attività dell'UVAP deve essere tesa a valorizzare il principio di sussidiarietà tra distretti ed enti gestori che operano nel territorio dell'ASL 5.

E' da ribadire quanto già previsto dalla delibera di istituzione dell'UVAP, cioè la possibilità da parte del cittadino di presenziare e di farsi rappresentare durante i lavori della commissione che lo riguardino.

Strumenti operativi

L'organizzazione predetta si avvale di strumenti che possono essere identificati seguendo il percorso amministrativo.

Il distretto rappresenta il fulcro che indirizza, garantisce e coordina l'intervento globale armonizzandolo con le linee di attività previste nel PAT.

Una volta ricevuta la domanda, la segreteria dell'UVAP organizza la sessione necessaria entro 30 giorni dalla data in cui è stata protocollata, ed avvia le procedure per la redazione del progetto.

Come avvenuto in questi anni, a partire dall'inizio dell'attività dell'UVAP, queste operazioni avvengono in stretto contatto tra operatori del distretto e degli enti gestori.

Appare necessario potenziare le caratteristiche di distrettualità dell'UVAP.

La presidenza centrale servirà a garantire omogeneità metodologica e ad affrontare gli aspetti più delicati del lavoro, occupandosi inoltre dell'organizzazione generale, degli aspetti epidemiologici e dell'elaborazione centrale dei dati, mentre a livello distrettuale sarà presente un operatore sanitario stabile per un certo numero di ore settimanali, da definire in base al bacino di utenza territoriale ed al grado di sviluppo delle iniziative locali. Questi parteciperà anche all'attività del nucleo interdisciplinare.

Alla luce della situazione attuale si potrebbe prevedere la seguente parametrizzazione di base:

❖ Fino a 50. 000 abitanti	10 ore settimanali
❖ Da 50.000 a 100.000 abitanti	20 ore settimanali

Tali parametri di base richiedono integrazioni specifiche relative alle caratteristiche del territorio (dispersione degli abitanti e tempi di spostamento), delle caratteristiche della popolazione (particolare prevalenza della disabilità) e, come già rilevato, della complessità delle iniziative in atto, al fine di non costituire penalizzazione rispetto ai servizi attualmente erogati.

Il predetto monte ore è comprensivo dell'attività in sede di UVAP e di Nucleo Interdisciplinare per la Disabilità.

La direzione distrettuale e gli enti gestori garantiranno le risorse umane e strumentali per la costituzione del nucleo interdisciplinare distrettuale citato in precedenza.

La sede del nucleo dovrà essere definita mediante accordi tra direzione del distretto e dell'ente gestore.

L'apporto tecnico – specialistico sotto il profilo sanitario sarà garantito prioritariamente dall'UOS Riabilitazione Psicosociale, che si pone come strumento di produzione dell'attività sanitaria ed è chiamato a garantire obiettivi quantitativi e qualitativi.

Le figure professionali messe a disposizione dall'U.O.S. Riabilitazione Psicosociale saranno medici specialisti nel campo della disabilità, psicologi ed educatori professionali o figure affini.

Nel rispetto dei diritti del cittadino e della titolarità del caso, l'UVAP ed il nucleo interdisciplinare potranno / dovranno avvalersi dell'apporto di altre unità operative dell'ASL o del SSN, o di singoli specialisti, nella formulazione e nella realizzazione dei progetti individuali, nel loro monitoraggio e nella loro valutazione.

In tal caso parteciperanno all'attività del Nucleo Interdisciplinare per la Disabilità per quanto di loro competenza nello specifico caso da essi seguito, nel rispetto della loro autonomia professionale e del diritto del Nucleo Interdisciplinare per la Disabilità a monitorare ed intervenire sui casi ad esso affidati dall'UVAP

E' in ogni caso necessario individuare un referente sanitario del caso per ogni persona seguita, che sia responsabile sul piano clinico – riabilitativo, e che assuma il compito del rapporto con altri soggetti sanitari.

La gestione globale del caso potrà invece essere affidata a qualunque figura professionale individuata in sede di UVAP. Tale figura, definita come case manager o responsabile del caso, si relazionerà prioritariamente con il referente sanitario, e successivamente con tutti gli altri soggetti interessati, per la predisposizione e la realizzazione del progetto individuale

Questa organizzazione deve prevedere la completa cessazione delle situazioni di indefinitezza di responsabilità sanitaria al compimento del 18esimo anno di età di persone con disabilità psichica.

Saranno presenti in forma stabile all'interno del Nucleo Interdisciplinare per la Disabilità anche operatori degli enti gestori, indicativamente un assistente sociale ed un educatore coordinatore o con funzioni di coordinatore. Il monte ore della loro presenza sarà definito nell'ambito degli accordi distrettuali.

A seconda dei distretti potrà essere inserito all'interno del Nucleo Interdisciplinare per la Disabilità un gruppo di educatori professionali (o altre figure dell'area educativa e dell'assistenza) che realizzerà direttamente i progetti individuali o che seguirà quelli la cui realizzazione sia affidata a terzi.

Il N.I.A.D. garantirà il corretto raccordo con le altre unità operative dell'ASL e dell'ente gestore.

Nei distretti in cui non sia prevista la presenza all'interno del Nucleo Interdisciplinare per la Disabilità di educatori professionali o delle altre figure citate, sarà compito di detto nucleo interfacciarsi con gli operatori messi a disposizione dal distretto e dall'ente gestore per organizzare con loro la redazione del progetto individuale e la sua realizzazione, così come la produzione del materiale documentale da fornire all'UVAP:

Compito dell'UVAP e del nucleo interdisciplinare è quello di dare piena attuazione alla DGR relativamente all'appropriatezza degli interventi, graduando fasce e livelli di intensità dell'intervento.

Sotto questo aspetto appare necessario mettere in atto le seguenti iniziative:

- ❖ Rivalutare i soggetti gravi che attualmente fruiscono di un intervento socio – sanitario, per definire con precisione i bisogni di intervento, al fine di predisporre un progetto individuale mirato, graduandone l'intensità. Potrebbe essere utilizzato il metodo di rivalutare le persone a partire dagli ultimi presi in carico e procedere retroattivamente.
- ❖ Censire e catalogare gli interventi erogati nei singoli distretti, fino a costituire un catalogo generale del territorio aziendale, al fine di implementare laddove possibile le sinergie.
- ❖ Definire mediante un gruppo di lavoro i criteri che consentano l'accreditamento delle agenzie che si propongano di fornire servizi ai cittadini dell'ASL in questa fascia di popolazione
- ❖ Contattare le strutture che ospitano cittadini del territorio aziendale per incominciare a valutare la congruità degli inserimenti e degli interventi erogati