

CONVENZIONE

tra

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE TO3

**Distretti Area Metropolitana Nord, Area Metropolitana Centro, Area Metropolitana Sud,
Val Susa e Val Sangone e Pinerolese
nella persona del Direttore Generale**

e

**il CONSORZIO SOCIO - ASSISTENZIALE OVEST SOLIDALE
in persona del Direttore**

**il CONSORZIO SOCIO – ASSISTENZIALE C.I.S.S.A. di Pianezza
in persona del Presidente**

**il CONSORZIO SOCIO – ASSISTENZIALE Con.I.S.A. della Val Susa e Val Sangone
in persona del Direttore**

**il CONSORZIO SOCIO – ASSISTENZIALE C.I.di S. di Orbassano
in persona del Presidente**

**il CONSORZIO SOCIO – ASSISTENZIALE C.I.S.S. di Pinerolo
in persona del Direttore**

**il CONSORZIO SOCIO - ASSISTENZIALE UNIONE MONTANA DEI COMUNI DELLE
VALLI CHISONE E GERMANASCA
in persona del Presidente**

PREMESSE

1 – La convenzione tra L'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori afferenti al bacino territoriale dell'Azienda stessa è finalizzata a regolamentare i rapporti delle attività socio sanitarie attraverso processi di concertazione finalizzati a qualificare ed ottimizzare la rete di servizi attualmente erogati sul territorio, 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'A.S.L. TO3 i Livelli Essenziali di Assistenza di cui alla D.G.R. 51-11389 del 23.12.2003, al D.P.C.M. 12.01.2017 "Definizione ed aggiornamento del Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 1, comma 7 D.Lgs. 502/1992" nonché la D.G.R. n. 118-6310 del 22.12.2017 inerente l'applicazione del D.P.C.M. 12.01.2017 recante "Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di Assistenza. Indicazioni

operative”, gli Enti contraenti ritengono necessario 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 assistenziale.

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*", D.P.C.M. 12.01.2017 "*Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di Assistenza. Indicazioni operative*" con riferimento:

- a) all'articolazione delle cure domiciliari nella fase di lungoassistenza;
- 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 - La presente convenzione regola altresì le attività socio - sanitarie inerenti alle aree "Tutela materno-infantile e dell'età evolutiva" e "Altre attività integrate", compresa l'individuazione di servizi, prestazioni e rispettive ripartizioni di risorse e oneri.

4 - Si conviene, a tal fine, 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 nel rispetto della normativa nazionale e regionale di riferimento.

5 - 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'A.S.L. TO 3 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 - i 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.

6 - Viene inoltre concordato che le risorse finanziarie da utilizzare per perseguire le finalità di cui al successivo articolo 2 verranno quantificate dagli Enti contraenti nei Programmi delle Attività Territoriali (P.A.T.) distrettuali.

ART. 2 FINALITA'

1 - Il presente accordo è finalizzato al mantenimento ed all'implementazione di un sistema integrato nell'ambito del quale l'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori 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 assistenziale.

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 delle possibili ricadute sulla 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) promozione della collaborazione con il volontariato e l'associazionismo al fine di creare sinergie tra le risorse istituzionali e quelle della comunità locale;
- f) valorizzazione della capacità di valutare i costi e di utilizzare in modo appropriato ed efficiente le risorse a disposizione, incrementando la produttività e l'efficacia 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, CRITERI E PROCEDURE DI PROGRAMMAZIONE CONGIUNTA

1 - L' A.S.L. TO3 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 tutela – è deputato ad assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie di cui all'art. 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.

Dato atto che il Sindaco è titolare delle funzioni di tutela socio-sanitaria e del diritto alla salute dei 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 alla presente convenzione, riconoscono al Comitato dei Sindaci di Distretto e al Presidente del Consiglio di Amministrazione ed al Direttore dell'Ente Gestore. un ruolo

centrale nella programmazione delle attività afferenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria e nella verifica del raggiungimento dei risultati di salute, che devono essere coerenti nella parte relativa alle attività di integrazione socio-sanitaria, definiti nei rispettivi documenti di programmazione dell'ASL TO3 e degli Enti Gestori.

4 - L'attuazione degli interventi oggetto della presente convenzione si ispira ai principi ed alle indicazioni definiti nella legislazione in vigore e, pertanto, gli Enti contraenti concordano, in sede di programmazione annuale, le priorità degli interventi, con particolare attenzione al perseguimento delle finalità di cui all'art. 2.

5 - A tal scopo l'ASL TO3 e gli Enti Gestori si impegnano:

- alla reciproca comunicazione preventiva delle eventuali variazioni dei costi dei servizi oggetto della presente convenzione;

- a prevedere annualmente entro il 15 dicembre la definizione delle linee di intervento e degli investimenti in termini di risorse strutturali e tecnologiche, umane e professionali, nonché finanziarie, da utilizzare nell'anno successivo per le attività oggetto della presente convenzione (Programma delle attività territoriali).

ART. 4

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

1 - L'A.S.L. TO3 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'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori si impegnano, altresì, a mantenere gli standard quali-quantitativi dei servizi, delle attività e degli interventi così come risultanti all'atto della stipulazione del presente accordo.

3 - Gli ulteriori investimenti di risorse vengono concordati in sede di programmazione annuale delle attività.

ART. 5

ARTICOLAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

1 - Obiettivi comuni

L' A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori, ai fini della realizzazione di una rete di servizi socio- sanitari in grado di rispondere efficacemente ai bisogni delle persone di qualunque età non autosufficienti oppure affette da gravi patologie con interventi domiciliari alternativi alla residenzialità e finalizzati a mantenere il più a lungo possibile la persona nel contesto familiare, convengono che gli obiettivi da perseguire sono i seguenti:

- a) la promozione e la differenziazione delle attività e dei servizi in relazione alla molteplicità dei bisogni espressi, privilegiando le azioni volte a favorire il recupero ed il mantenimento della qualità della vita e 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 coinvolgendo e sostenendo i familiari che curano;
- c) il mantenimento della persona nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile;

- d) l'attivazione di una rete complessa e diversificata di prestazioni in ambito distrettuale anche attraverso il coinvolgimento del volontariato e del privato sociale;
- e) la garanzia di una continuità dell'assistenza nelle varie fasi del percorso dell'assistito
- f) il supporto al "care giver" anche attraverso azioni finalizzate a potenziarne l'autonomia di intervento.

2 A - Cure domiciliari - Fase di acuzie e post acuzie

Gli interventi di assistenza domiciliare tutelare effettuati da operatori socio sanitari nell'ambito delle cure domiciliari sanitarie erogate nelle fasi di acuzie e post acuzie sono concordati a livello distrettuale e a totale carico dell'ASL TO3.

2 B - Cure Domiciliari - Fase di lungo assistenza

Metodologia e strumenti di lavoro integrato

Lo strumento del lavoro integrato tra A.S.L. TO3 ed Enti Gestori è individuato nelle équipe multidisciplinari UVG – UMVD, che operano in modo congiunto con gli Enti Gestori per la definizione del progetto individuale.

Attività e ripartizione degli oneri a carico dei contraenti

La ripartizione degli oneri avviene secondo le seguenti modalità:

A.S.L. TO3

-Progetti di assistenza domiciliare tutelare per utenti non autosufficienti con bisogni socio-sanitari verificati e rendicontati secondo la normativa vigente e le modalità indicate nella presente convenzione a sostegno della permanenza in famiglia. L'ASLTO3 assume a proprio carico il 50% dei costi.

ENTI GESTORI

Per le prestazioni sotto elencate l'Ente gestore integra la quota di spesa posta a carico del cittadino, secondo criteri e modalità definite dagli Enti gestori stessi:

Progetti di assistenza domiciliare tutelare per utenti non autosufficienti con bisogni socio-sanitari verificati e rendicontati secondo la normativa vigente e le modalità indicate nella presente convenzione, a sostegno della permanenza in famiglia. L'ente gestore assume a proprio carico sino ad un massimo del 50% dei costi.

2 C - Cure domiciliari – Servizi ed interventi a sostegno della domiciliarità afferenti alla DGR 3-2257 del 13/11/2020

Metodologia e strumenti di lavoro integrato

Gli strumenti posti a garanzia del lavoro integrato tra gli Enti vengono individuati nell'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) e nell'Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità (U.M.V.D.), costituite così come previsto dalle norme vigenti.

L'U.V.G. e l'U.M.V.D. operano in base al Regolamento comune adottato formalmente dall'A.S.L. TO3 e dagli Enti gestori.

Con DGR n. 3-2257 del 13.11.2020 sono state approvate le disposizioni attuative Regionali della programmazione degli interventi e dei servizi per l'attuazione del Piano nazionale per la non autosufficienza per il triennio 2019-2021.

I servizi erogabili o gli interventi economici definiti dalla suddetta DGR vengono definiti all'interno del P.A.I. presentato e valutato dalla Commissione UVG/UMVD

Attività e ripartizione degli oneri a carico dei contraenti

L'effettuazione degli interventi a sostegno della domiciliarità afferenti alla DGR 3-2257 del 13.11.2020 è condizionata alla disponibilità dei finanziamenti statali e/o regionali, in capo agli EE.GG., previsti allo scopo.

3 - Risorse professionali messe a disposizione degli Enti contraenti

Ogni parte contraente garantisce la messa a disposizione delle sotto elencate risorse professionali, necessarie a realizzare gli obiettivi prefissati ed a garantire la messa in atto dei servizi e delle prestazioni. 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 al precedente art. 4.

a) *Personale messo a disposizione dall'A.S.L. TO3:*

- Direttore del Distretto
- Medico Responsabile S.S. Area Fragilità e Non Autosufficienza
- Medico Responsabile S.S. Cure Domiciliari
- Medico Responsabile S.S. Cure Palliative
- Medico Responsabile S.S. Continuità delle Cure
- Medici del Distretto
- Medici specialisti (Geriatrici, Psichiatri, Fisiatri, etc...)
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta
- Medici S.C. Medicina Legale
- Psicologi
- R.I.D. (Responsabile Infermieristico Distrettuale) /C.P.S.E (Coordinatore Professionale Sanitario Esperto) / C.P.S.I. (Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere)
- Operatori S.C. Recupero e Riabilitazione Territoriale
- Assistenti Sociali
- O.S.S.
- Personale amministrativo distrettuale

b) *Personale messo a disposizione dall'Ente Gestore:*

- Direttore dell'Ente Gestore
- Responsabili di Area
- Assistenti sociali
- Educatore professionale
- O.S.S.
- Personale amministrativo a livello centrale e territoriale

ART. 6

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

I bisogni degli anziani non autosufficienti sono riconducibili a diverse tipologie di intervento sanitario a rilievo sociale: cure domiciliari (di cui all'art. precedente), assistenza residenziale e semiresidenziale. Obiettivo primario è comunque la realizzazione di quanto indicato dalle DD.GG.RR. n. 45-4248/2012 – n. 85-6287/2013, n. 34- 3309/2016 e DGR n.10-4727 del 04.03.2022.

1 – Obiettivi comuni

L'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori, ai fini del mantenimento e dell'implementazione di una rete di servizi sanitari e socio-assistenziali in grado di rispondere efficacemente ai bisogni degli anziani 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 a favorire il recupero ed il mantenimento della qualità della vita e ad evitare l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione improprie;
- b) il perfezionamento dei livelli quantitativi e qualitativi di intervento con particolare riferimento a quelli svolti a domicilio in forma integrata, coinvolgendo e sostenendo i familiari che curano;
- c) il mantenimento dell'anziano nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile;
- d) l'attivazione di una rete complessa e diversificata di prestazioni in ambito distrettuale, anche attraverso il coinvolgimento del volontariato e del privato sociale;
- e) la garanzia di una continuità dell'assistenza nelle varie fasi del percorso dell'assistito,
- f) il potenziamento della rete di strutture semi residenziali e residenziali per anziani non autosufficienti ed 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 nella competente Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.), costituita così come previsto dalle norme regionali vigenti. L'U.V.G. opera in base a protocolli/regolamenti comuni, adottati formalmente dall'A.S.L. TO3 e dagli Enti Gestori, nei quali devono essere puntualmente descritte le procedure operative dei servizi coinvolti applicate a tutti i cittadini afferenti ai singoli ambiti territoriali.

3 – Organizzazione delle attività

Le attività riferite all'Area "Fragilità e Non Autosufficienza" sono destinate ai cittadini residenti nei territori definiti dagli ambiti distrettuali. L'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori mettono a disposizione il personale sanitario e sociale che si impegna nella realizzazione degli obiettivi e dei progetti integrati, nel rispetto delle competenze attribuite dalla normativa vigente. Il coordinamento delle attività viene assunto dall'A.S.L. TO3 attraverso il Direttore del Distretto.

4 – Risorse professionali messe a disposizione degli Enti contraenti e ripartizione oneri

Ogni parte contraente garantisce la messa a disposizione delle sotto elencate risorse 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 al precedente art. 4.

a) Personale messo a disposizione dall'A.S.L. TO3:

- Direttore del Distretto
- Medico Responsabile S.S. Area Fragilità e Non Autosufficienza
- Medici di Distretto
- Medici specialisti (Geriatrici, Psichiatri, Fisiatri, etc...)
- Medici di Medicina Generale
- Medici S.C. Medicina Legale
- Psicologi
- R.I.D. (Responsabile Infermieristico Distrettuale) / C.P.S.E (Coordinatore Professionale Sanitario Esperto) / C.P.S.I. (Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere)
- Assistenti Sociali
- O.S.S.
- Personale amministrativo distrettuale

b) Personale messo a disposizione dall'Ente Gestore

- Direttore dell'Ente Gestore
- Responsabile di Area
- Assistenti sociali
- O.S.S.
- Personale amministrativo a livello centrale e territoriale

5 – Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti

La suddivisione delle quote sotto riportate, nelle more dell'esecutività da parte della Regione Piemonte dei nuovi LEA (DPCM 12.01.2017), consegue all'applicazione della D.G.R. n. 51 del 23.12.2003 e della normativa regionale vigente.

a) A.S.L. TO3

- inserimenti in Centri Diurni Integrati (CDI) e Centro Diurno Integrato Autonomo (CDIA) per anziani non autosufficienti: 50% della spesa sostenuta;
- inserimenti in Centri Diurni, per i soggetti affetti da Declino Cognitivo, Autonomi (CDDCA) e Centri Diurni, per i soggetti affetti da Declino Cognitivo, Inseriti in RSA (CDDCI): quota della retta così come definita dalla vigente normativa regionale (DGR n.24-3692 del 06.08.2022 D.G.R. n.1-5575 del 07.09.2022 e la DGR n. 10 -4727del 04.03.2022) 50% a carico sanitario;
- inserimento in Presidi residenziali definitivi per non autosufficienti e in Presidi residenziali temporanei (sollevio): 50% della spesa sostenuta (quota della retta così come definita dalla vigente normativa regionale.)

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 fatta salva l'individuazione – da parte della Regione Piemonte – di linee guida omogenee e fino ad un massimo corrispondente alle percentuali indicate nel presente accordo:

- inserimenti in Centri Diurni Integrati (CDI) e Centro Diurno Integrato Autonomo (CDIA) per anziani non autosufficienti: fino al 50% della spesa sostenuta ove la stessa non sia attribuita – in tutto o in parte – all'utente;
- inserimenti in Centri Diurni, per i soggetti affetti da Declino Cognitivo, Autonomi (CDDCA) e Centri Diurni, per i soggetti affetti da Declino Cognitivo, Inseriti in RSA (CDDCI): quota della retta così come definita dalla vigente normativa regionale (DGR n.24-3692 del 06.08.2022 D.G.R. n.1-5575 del 07.09.2022 e la DGR n. 10 -4727del 04.03.2022) fino al 50% della spesa sostenuta ove la stessa non sia attribuita – in tutto o in parte – all'utente;
- inserimento in Presidi residenziali definitivi per non autosufficienti e in Presidi residenziali temporanei (sollevio): 50% della spesa sostenuta (quota della retta così come definita dalla vigente normativa regionale.)

6 – Modalità di pagamento

Gli Enti che aderiscono al presente accordo concordano di adottare le seguenti modalità pagamento delle prestazioni:

- a) ogni singolo Ente si farà carico direttamente del pagamento della spesa relativa alle rette di anziani non autosufficienti collocati in strutture diurne (inclusi i CDDCI, CDDCA) o ricoverati dall'A.S.L. TO3 in strutture, secondo le proprie competenze, nell'ambito del rapporto formalizzato fra gli Enti e la struttura;
- b) nel caso in cui i servizi (territoriali, semi residenziali e residenziali) siano forniti direttamente dall'Ente Gestore, L'A.S.L. TO3 provvederà al pagamento della quota della retta a suo carico.

ART. 7

ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI SOCIO – SANITARI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ (ADULTI/MINORI)

1 - Obiettivi comuni

L'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori ai fini del mantenimento e dell'implementazione di una rete di servizi sanitari e socio-assistenziali in grado di rispondere efficacemente ai bisogni delle persone disabili convengono che gli obiettivi comuni sono:

- a) la promozione della massima autonomia ed integrazione sociale e la differenziazione delle attività e dei servizi in relazione alla molteplicità dei bisogni espressi, privilegiando le azioni volte ad evitare l'istituzionalizzazione impropria;
- b) il perfezionamento dei livelli quantitativi e qualitativi di intervento con particolare riferimento a quelli territoriali svolti in forma integrata, coinvolgendo e sostenendo i famigliari;
- c) il mantenimento della persona disabile nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile;
- d) l'attivazione di una rete complessa e diversificata di prestazioni in ambito distrettuale, anche attraverso il coinvolgimento del volontariato e del privato sociale;
- e) la garanzia di una continuità dell'assistenza nelle varie fasi del percorso dell'assistito;
- f) la promozione e la 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;
- g) il monitoraggio delle condizioni di vita degli ospiti finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti.

2 – Metodologie e strumenti di lavoro integrato

Gli strumenti operativi garanti dell'attività integrata sono costituiti dalle Unità Multidisciplinari di Valutazione delle Disabilità (UMVD) istituite ai sensi della DGR 26-13680 del 29.03.2010 e smi e dalle Nuove Cartelle Disabilità Minori e Disabilità Adulti, contenenti le valutazioni degli aspetti sociali e sanitari previste dalla DGR 39-1523 del 12.06.2020 e smi. Le Unità di Valutazione operano in base a protocolli e regolamenti comuni, adottati formalmente dall'A.S.L. TO3 e dagli Enti Gestori, nei quali devono essere puntualmente descritte le procedure operative dei servizi coinvolti applicate a tutti i cittadini afferenti ai singoli ambiti territoriali.

3 – Organizzazione delle attività

Le attività riferite all'area disabilità sono destinate ai cittadini residenti nei territori definiti dagli ambiti distrettuali. L'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori mettono a disposizione il personale sanitario e sociale che si impegna nella realizzazione degli obiettivi e dei progetti integrati, nel rispetto delle competenze attribuite dalla normativa vigente. Il coordinamento delle attività rivolte alla tutela socio-sanitaria dei disabili viene assunto dall'A.S.L. TO3 attraverso il Direttore del Distretto e dal Direttore dell'Ente Gestore.

4 – Risorse professionali messe a disposizione dagli Enti contraenti

Ogni parte contraente garantisce la messa a disposizione delle sotto elencate risorse 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 al precedente art. 4.

- a) *Personale messo a disposizione da parte dell'A.S.L. TO3:*
 - o Direttore del Distretto

- Medico Responsabile S.S. Area Fragilità e Non Autosufficienza
- Medici di Distretto
- Psichiatri
- Neuropsichiatri infantili
- Medici della S.C. Recupero e Rieducazione Territoriale
- Medici di Medicina Generale
- Pediatri di libera scelta
- Medici della S.C. Medicina Legale
- Psicologi
- Terapisti della riabilitazione
- Fono – logopedisti
- R.I.D. (Responsabile Infermieristico Distrettuale) / C.P.S.E (Coordinatore Professionale Sanitario Esperto) / C.P.S.I. (Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere)
- Educatori professionali
- TRP – Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- Assistenti sociali afferenti al Servizio Sociale ASL
- Personale amministrativo distrettuale.

b) Personale messo a disposizione dall'Ente Gestore

- Direttore dell'Ente Gestore
- Responsabile di Area
- Assistenti sociali
- Educatori professionali
- O.S.S.
- Personale amministrativo a livello centrale e territoriale.

5 – Ripartizione degli oneri a carico dei contraenti.

La suddivisione delle quote sotto riportate, nelle more dell'esecutività da parte della Regione Piemonte dei nuovi LEA (DPCM 12.01.2017), consegue all'applicazione della D.G.R. n. 51 del 23.12.2003 e della normativa regionale vigente:

a) A.S.L. TO3:

- Progetto Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) come definito dalla competente Unità di Valutazione con riferimento ad interventi di assistenza domiciliare (O.S.S.), cure familiari, 50% della spesa prevista, secondo quanto definito nei protocolli e/o regolamenti finalizzati all'attuazione della D.G.R. 39-11190 del 06/04/2009, DGR 51 del 23/12/2003 e DGR 47-5478 del 03/08/2017, DGR n. 88-8997 del 16/05/2019 Approvazione delle Linee di indirizzo Operative per interventi programmatici relativi alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico in età adulta in Piemonte ;
- Progetti personalizzati di natura socio-sanitaria previsti dall'Allegato A della DGR 47-5478 del 3.08.2017, nell'ambito della L. 112 del 22/6/2016, alternativi alla residenzialità e semiresidenzialità, assimilabili ai progetti terapeutici e socio riabilitativi individualizzati previsti al p.to 4 dell'Allegato B della DGR 51-1389 del 23/12/2003. La tipologia di tale prestazione deve essere individuata e valutata dall'UMVD attraverso la definizione del progetto personalizzato, il quale deve valutare gli aspetti connessi con la natura del bisogno e del livello di autonomia personale della persona disabile e deve stabilire i soggetti coinvolti nella realizzazione dell'intervento, assumendo una percentuale dell'eventuale compartecipazione a carico dell'ASL TO3 nel rispetto di quanto previsto dalla DGR 39-1526 del 12/6/2020;
- Progetti Assistenziali Individualizzati (P.A.I.) nell'ambito delle cure domiciliari dell'assistenza domiciliare (S.A.D.), predisposti dall'U.M.V.D. ed alternativi al ricovero, per soggetti

impossibilitati a frequentare il Centro Diurno: 60% del costo orario onnicomprensivo degli operatori O.S.S. utilizzati, come da L.E.A. - D.G.R. n. 51 - 11389 del 23.12.03;

- Progetti Assistenziali Individualizzati (P.A.I.) 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;
- Inserimenti in attività del Centro Addestramento Disabili (C.A.D.): 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 presidi residenziali convenzionati: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.03.

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 fatta salva l'individuazione - da parte della Regione Piemonte - di linee guida omogenee e fino ad un massimo corrispondente alle percentuali indicate nel presente accordo:

- Progetto Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) come definito dalla competente Unità di Valutazione con riferimento ad interventi di assistenza domiciliare (O.S.S.), Assistenti familiari), cure familiari, affidamento (diurno e residenziale), fino al 50% della spesa sostenuta ove la stessa non sia attribuita – in tutto o in parte – all'utente;
- Progetto Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) nell'ambito delle cure domiciliari dell'assistenza domiciliare (S.A.D.), predisposti dall'U.M.VD. ed alternativi al ricovero, per soggetti impossibilitati a frequentare il Centro Diurno: 40% del costo orario onnicomprensivo degli operatori O.S.S. utilizzati, come da L.E.A., D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.03;
- Progetto Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) 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;
- Inserimenti in attività Centro Addestramento Disabili (C.A.D.): 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 presidi residenziali convenzionati: quota spesa di competenza calcolata come da L.E.A., D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.03.

6 – Modalità di pagamento degli oneri

Gli Enti che aderiscono al presente accordo concordano di adottare le seguenti modalità di pagamento delle prestazioni:

- a) Le modalità di ripartizione delle spese relative ai Progetti Assistenziali Individualizzati (P.A.I.) con riferimento ad interventi di assistenza domiciliare (O.S.S.), cure familiari, sono definite nei protocolli e regolamenti finalizzati all'attuazione su base distrettuale della D.G.R. 39-11190/2009, D.G.R. 51-11389/2003, D.G.R. 88-8997/2019. Ogni singolo Ente si farà carico direttamente del pagamento delle spese relative alle 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) Nel caso in cui i servizi (territoriali, semi-residenziali e residenziali) siano forniti direttamente dall'Ente Gestore o da Cooperative con questo convenzionate, l'A.S.L. TO3 provvederà al pagamento delle spese poste a suo carico.
- c) Per quanto riguarda le spese sostenute dagli EE.GG. per i servizi gestiti direttamente, le competenze avverranno con acconti trimestrali pari al 90% della spesa presunta, quantificata sulla base dei preventivi annuali, e la quota a saldo sarà erogata dietro presentazione del rendiconto annuale, da inviare all'ASL entro il mese di febbraio dell'anno successivo.

ART. 8

PROTOCOLLI OPERATIVI FUNZIONALI E PROGETTI SPERIMENTALI

L'ASL TO3 e gli Enti Gestori individuano aree di criticità particolari nell'ambito socio-sanitario, primariamente legate a problematiche emergenti, e ritengono indispensabile sviluppare strategie condivise anche per quanto riguarda le modalità operative. Pertanto si rende opportuna l'istituzione di Tavoli di Lavoro permanenti incentrati sul confronto di particolari tematiche, e precisamente:

- Precocizzazione Esordi Psichiatrici in età evolutiva, grave disagio adolescenziale, minori a rischio psicosociale e fragilità genitoriale
- Autismo
- Pazienti Complessi
- Residenzialità leggera e a bassa soglia
- Progetto sperimentale a sostegno della domiciliarità per ultrasessantacinquenni non autosufficienti. Da considerarsi attivo fino alla naturale conclusione dei singoli progetti dei beneficiari individuati dall'UVG, senza prevederne la sostituzione a seguito di decesso o cambio progetto.

Tali tematiche risultano essere attualmente emergenti ma non esaustive del complesso sistema della fragilità e della non autosufficienza e pertanto potranno in futuro essere portati alla discussione trasversale del Tavolo Permanente altri temi ritenuti di rilevanza socio-sanitaria.

L'ASL TO3 e gli Enti Gestori concordano di condividere i percorsi di continuità assistenziale riguardanti le modalità operative tra i Nuclei Ospedalieri di Continuità delle Cure, Nuclei Distrettuali di Continuità delle Cure, COT (Centrali Operative Territoriali) UVG e UMVD.

ART. 9

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

La Commissione Europea, il Parlamento europeo e i leader dell'UE, hanno concordato un piano di ripresa che aiuterà l'Unione Europea a riparare i danni economici e sociali causati dall'emergenza sanitaria da coronavirus e contribuire a gettare le basi per rendere le economie e le società dei paesi europei più sostenibili, resilienti e preparate alle sfide e alle opportunità della transizione ecologica e digitale: un investimento sul futuro dell'Europa e degli Stati membri per ripartire dopo l'emergenza Covid-19;

Considerato che l'intera iniziativa della Commissione europea è strutturata su tre pilastri:

- a) sostegno agli Stati membri per investimenti e riforme
- b) rilanciare l'economia dell'UE incentivando l'investimento privato
- c) trarre insegnamento dalla crisi,

da cui il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, lo strumento che traccia gli obiettivi, le riforme e gli investimenti che l'Italia intende realizzare grazie all'utilizzo dei fondi europei di Next Generation EU.

Il Piano si articola in 6 Missioni, che rappresentano le aree "tematiche" strutturali di intervento.

- a) Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo
- b) Rivoluzione verde e transizione ecologica
- c) Infrastrutture per una mobilità sostenibile

- d) Istruzione e Ricerca
- e) Inclusione e Coesione
- f) Salute

Il 13 luglio 2021 il PNRR dell'Italia è stato definitivamente approvato con decisione di esecuzione del Consiglio UE, che ha recepito la proposta della Commissione europea.

Tenuto conto di quanto suddetto, l'ASL TO3 e gli Enti Gestori intendono definire un quadro di relazioni stabili per migliorare la loro capacità di investimento in relazione all'attuazione delle misure contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

L'ASL TO3 e gli Enti Gestori garantiscono reciproca collaborazione alla realizzazione degli investimenti mediante l'individuazione di figure professionali da destinare, in quota parte, al perseguimento degli obiettivi progettuali e specificando per ogni distretto le modalità di collaborazione i cui esiti saranno sottoscritti da entrambi gli enti (Distretto /Ente Gestore)

I tempi e i modi di realizzazione saranno definiti di volta in volta sulla base di quanto stabilito dagli Enti preposti alla concessione del finanziamento nell'ambito Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

ART. 10 COLLEGIO DI VIGILANZA

1 - Ai sensi dell'art. 34, comma 6°, del D.Lgs. n. 267/2000, la vigilanza ed il controllo sull'esecuzione del presente Accordo di Programma sono esercitati da un collegio costituito dal Direttore Generale dell'A.S.L. TO3, o da suo delegato, che lo presiede e dai Presidenti degli Enti Gestori o loro delegati. Il Collegio di Vigilanza, in particolare:

- d) vigila sulla tempestiva e corretta attuazione dell'Accordo di Programma;
- e) individua gli ostacoli di fatto e di diritto che si frappongono all'attuazione dell'Accordo di Programma, proponendo le soluzioni idonee alla loro rimozione;
- f) 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;
- g) dirime in via bonaria le controversie che dovessero insorgere tra le parti in ordine all'interpretazione e all'attuazione del presente Accordo di Programma;
- h) valuta le opportunità di variazione degli interventi previsti nel Programma in relazione alla loro essenzialità;
- i) valuta le eventuali modifiche al Programma;
- j) 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. 11 VINCOLI DEI CONTRAENTI

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 ed attuativi dell'accordo stesso, stante l'efficacia contrattuale del medesimo.

ART. 12
APPROVAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO

I - 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'A.S.L. TO3 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 all'articolazione degli interventi.

ART. 13
INADEMPIMENTI E CONTROVERSIE

Eventuali inadempienze al presente accordo devono essere contestate per iscritto entro 30 gg dalla loro rilevazione con diffida di adempimento.

Per ogni controversia è competente il Foro di Torino.

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

Collegno, li _____

Letto, approvato e sottoscritto.

Il Direttore Generale
dell'A.S.L. TO3

Il Direttore del Consorzio Socio Assistenziale
Ovest Solidale

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

Il Direttore del Consorzio Socio Assistenziale
Con.I.S.A. Valle di Susa e Val Sangone

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

Il Direttore del Consorzio Socio Assistenziale
C.I.S.S. di Pinerolo

Il Presidente Unione Montana
dei Comuni delle Valli Chisone e Germanasca