



CITTA' DI CASTROVILLARI

- Cosenza -

Copia DI DELIBERAZIONE GIUNTA COMUNALE - N. 196

Oggetto: Approvazione Accordo di Programma tra l'Azienda Sanitaria Provinciale Castrovillari e il Comune di Castrovillari, soggetto capofila del Distretto Sociale n. 1, per l'attuazione del Piano di Intervento di Cura per gli Anziani non autosufficienti, previsto nel Piano di Azione e Coesione - Decreto n. 4 del 20.03.2013 del Ministero dell'Interno.

L'anno **Duemilatredici** addì 2 del mese di dicembre, alle ore 13,00 in Castrovillari nella sala delle adunanze del Comune suddetto si è riunita la Giunta Comunale sotto la presidenza del Sindaco, Avv. **Domenico Lo Polito**. Sono presenti:

N.	Cognome, nome e qualifica	Pres	Ass	N.	Cognome, nome e qualifica	Pres	Ass
1	LO POLITO Domenico Sindaco	Si		4	CASTAGNARO Giovanna Assessore		Si
2	SANGINETI Carlo Mario Assessore - Vice Sindaco	Si		5	LOIACONO Angelo Assessore	Si	
3	DI GERIO Nicola Assessore	Si		6			

Assiste il Segretario Generale, Dott. **Maurizio Ceccherini**.

Essendo legale il numero degli intervenuti, il Presidente dichiara aperta la seduta per la trattazione dell'oggetto sopra indicato.

LA GIUNTA COMUNALE

Visto il decreto del Ministero dell'Interno - Autorità di Gestione - n. 4 del 20.03.2013 con il quale è stato adottato il primo atto di riparto delle risorse finanziarie del Programma nazionale Servizi di cura all'infanzia ed agli anziani non autosufficienti a favore degli ambiti e Distretti socio-sanitari aventi sede nelle 4 regioni dell'obiettivo convergenza 2007/2013 (Calabria, Campania, Puglia, Sicilia);

Considerato che il predetto programma nazionale si colloca nell'ambito del PAC - Piano di azione e Coesione - Servizi di cura delle Persone e prevede due linee d'intervento:

1. Programma per i servizi di cura per gli anziani: ampliamento dell'offerta complessiva dei servizi domiciliari ovvero attivazione dei servizi nelle aree dove questi sono molto deboli o inesistenti, rafforzamento del sistema di presa in carico dell'anziano ed erogazione delle prestazioni in ottica di integrazione socio-sanitaria;
2. Programma dei servizi di cura per l'infanzia: ampliamento dell'offerta complessiva dei servizi ed il loro riequilibrio territoriale;

Ritenuto che il Programma nazionale individua i Distretti socio-sanitari quali soggetti istituzionali responsabili dell'organizzazione dei servizi di cura sul territorio, con carico di elaborazione e presentazione dei relativi piani di intervento;

Che nel medesimo Piano d'azione e Coesione – PAC – sono identificati soggetti beneficiari i Distretti socio-assistenziali di cui agli artt. 16.4 e 17 della L.R. n. 23 del 5 Dicembre 2013, in quanto organismi competenti per la programmazione e la organizzazione dei servizi sociali;

Che, altresì, il Distretto socio-assistenziale di Castrovillari è composto dai seguenti Comuni:

Acquaformosa, Altomonte, Castrovillari, Civita, Firmo, Frascineto, Laino Borgo, Laino Castello, Lungro, Morano Calabro, Mormanno, San Basile, Saracena.

Considerato che il Ministero dell'Interno in data 12/03/2013 ha attuato il riparto finanziario - riferito al biennio 2013-2014- delle risorse PAC e definito le regole, i criteri per l'accesso, le linee guida ed i formulari per la definizione della proposta del Piano di intervento;

- nell'atto di riparto le somme attribuite al Distretto socio-assistenziale di Castrovillari sono così ripartite:
 - Programma per i servizi di cura per la prima infanzia- Euro 368.064,00;
 - Programma per i servizi di cura per gli anziani – Euro 578.189,00.

Viste le linee guida del Programma nazionale "Servizi di cura all'infanzia ed agli anziani non autosufficienti".

Rilevato che il Piano di intervento di Cura per gli Anziani non autosufficienti. documento conclusivo del procedimento riferito alla progettazione del PAC, deve essere condiviso con l'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP), del Distretto di riferimento, mediante la sottoscrizione di un Accordo di programma per la gestione associata della rete per l'assistenza domiciliare integrata (ADI) tra Ambito territoriale e Distretto Sociosanitario in cui sono declinati gli impegni delle due parti per la presa in carico e l'erogazione dei servizi, secondo quanto specificato nelle Linee guida.

Considerato che la Regione Calabria ha predisposto un modello di schema di Accordo di Programma, approvato con propria Delibera di Giunta Regionale n. 377 del 25.10.2013, da sottoscrivere tra le Aziende Sanitarie e i Comuni soggetti capofila dei rispettivi Distretti socio-assistenziali, e trasmesso tramite PEC al Comune di Castrovillari, con nota SIAR 340978 del 31/10/2013;

Che detto schema di Accordo di Programma approvato dalla Regione Calabria è stato rimodulato alle peculiarità del Piano di Intervento del Distretto socio-sanitario di Castrovillari, di concerto tra le parti;

Ritenuto di provvedere in merito;

Sulla proposta di deliberazione si esprime, ai sensi dell'art. 49, comma 1 e 147 bis comma 1 del D.to L.vo 267/2000 parere favorevole di regolarità tecnica attestante la regolarità e correttezza dell'azione amministrativa e che la presente proposta non necessita di parere di regolarità contabile in quanto non comporta riflessi diretti o indiretti sulla situazione economica finanziaria dell'Ente;

Visto il Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n.267 e successive modificazioni e integrazioni;

Visto il vigente statuto comunale;

Visto il vigente regolamento di contabilità;

Visto l'articolo 48 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n.267;

Con voto unanime

D E L I B E R A

Per i motivi espressi in premessa e che di seguito si intendono integralmente riportati

- 1) di approvare l'accordo di programma allegato A, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, redatto in base all'art. 34 D. Lgs. 18 agosto 2000, n.267;
- 2) Dare atto che sulla proposta di deliberazione si esprime, ai sensi dell'art. 49, comma 1 e 147 bis comma 1 del D.to L.vo 267/2000 parere favorevole di regolarità tecnica attestante la regolarità e correttezza dell'azione amministrativa e che la presente proposta non necessita di parere di regolarità contabile in quanto non comporta riflessi diretti o indiretti sulla situazione economica finanziaria dell'Ente;
- 3) Disporre che il presente atto venga pubblicato all'albo pretorio on-line di questo Comune, ai sensi dell'articolo 32 della legge 18 giugno 2009, n.69 e successive modificazioni e integrazioni, nonché del vigente regolamento comunale;
- 4) Disporre, altresì, che copia del presente atto sia trasmesso, a cura dell'Ufficio di Segreteria Generale, anche mediante procedura informatica, per quanto di competenza e/o per opportuna conoscenza ai:
 - a) All'Azienda Sanitaria Provinciale Esaro-Pollino;
 - b) Capigruppo Consiliari, per espresso volere della Giunta Comunale;
 - b) Sindaci dei Comuni interessati;
 - c) Al Servizio Sociale competente per materia e per l'esecuzione di cui alla precedente lettera b) .

Successivamente, attesa l'urgenza a provvedere, con voti unanimi, dichiara la presente deliberazione immediatamente eseguibile, ai sensi del comma 4 dell'articolo 134 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

IL SEGRETARIO

F.to -Maurizio Ceccherini-

IL SINDACO

F.to- Domenico Lo Polito-



CITTA' DI CASTROVILLARI

- Cosenza -

PARERI ai sensi del comma 1, dell'articolo 49, del Decreto Legislativo 18 Agosto 2000, n.267 (Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali) sulla proposta di deliberazione, riguardante:

Approvazione ~~sempre~~ Accordo di Programma tra l'Azienda Sanitaria Provinciale Castrovillari e il Comune di Castrovillari, soggetto capofila del Distretto Sociale n. 1, per l'attuazione del Piano di Intervento di Cura per gli Anziani non autosufficienti, previsto nel Piano di Azione e Coesione - Decreto n. 4 del 20.03.2013 del Ministero dell'Interno.

PARERE IN ORDINE ALLA REGOLARITA' TECNICA:

Si esprime parere favorevole in quanto la sottoscrizione dell'Accordo di programma è necessario ai fini dell'accesso ai finanziamenti PAC

Addì 26/11/2013

Il Responsabile Servizio/Procedimento

Il Dirigente Settore

PARERE IN ORDINE ALLA REGOLARITA' CONTABILE: .

Addì _____

Il Responsabile del Servizio

AFFISSIONE

La presente deliberazione viene affissa all'Albo Pretorio on-line di questo Comune, in data **06 DIC. 2013**....., ai sensi dell'articolo 32 della legge 18 giugno 2009, n.69 e successive modificazioni e integrazioni, nonché del vigente regolamento comunale, e vi resterà per 15 giorni consecutivi (comma 1, dell'articolo 124, Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267).-

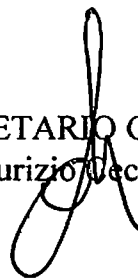
F.to l'addetto alla pubblicazione

~~Il Messo Comunale~~
Giuseppe Barletta

E' copia conforme all'originale per uso amministrativo.

Addi **06 DIC. 2013**

IL SEGRETARIO GNERALE
- Maurizio Ceccherini-



ACCORDO DI PROGRAMMA

**Per la programmazione e realizzazione del servizio di Cure Domiciliari Integrate
(CDI)**

AMBITO TERRITORIALE DI CASTROVILLARI

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di COSENZA

DISTRETTO ESARO-POLLINO

ACCORDO EX ART. 34 D. Lgs. 18 agosto 2000, n.267

L'anno 2013 addì VEW TISETTE del mese di NOVEMBRE alle ore 11,00.

secondo le modalità e i termini stabiliti dalle vigenti disposizioni, nella sala delle adunanze del **Comune di Castrovillari**, sono presenti i seguenti **Soggetti sottoscrittori**:

*- l'Amministrazione Comunale di Castrovillari rappresentata dal Sindaco **Avv. Domenico Lo Polito** in qualità di **Presidente del Coordinamento Istituzionale del Distretto Socio Assistenziale con delega del comune capofila**;*

- l'ASP di Cosenza rappresentata dal Direttore Generale **dr Gianfranco Scarpelli.**

VISTI

- D. Lgs. 502/1992 e D. Lgs. N. 229/1999 *“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale”*;
- DPR 26 settembre 1990 n. 314 che determina le modalità di erogazione dell'ADI socio- sanitaria;
- Legge quadro n. 328/2000 *“Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali”*
- DPCM 14 febbraio 2001 *“Atto di indirizzo e di coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”*;
- DPCM 29 novembre 2001 *“Definizione dei Livelli di Assistenza Sanitaria”*;
- L.R. n. 23/2003 *“Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione della legge n. 328/2000)”*;
- L.R. n.1/2004 recante *“Politiche regionali per la famiglia”*;
- Piano Regionale degli interventi e dei servizi sociali, approvato con Delibera Consiglio Regionale n. 364 del 6/8/2009.
- La DGR n. 78/2004 inerente l'individuazione degli ambiti socio assistenziali;
- La DGR n. 670/2007 con la quale, di concerto con l'ANCI, si intende sostenere il consolidamento del welfare in Calabria mediante il trasferimento agli ambiti territoriali sovra comunali delle risorse per la pianificazione associata degli interventi;
- Il DPGR n. 12/2011 *“Linee Guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali*
- La DGR n.311/2013 *“Linee Guida per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali – Individuazione ambiti territoriali intercomunali per la pianificazione degli interventi”*
- Il Piano di Azione per gli Obiettivi di Servizio – Obiettivo ADI (FAS 2007-2013);
- Le Delibere Cipe n.96/2012 e n.113/2012;
- Le linee guida per la presentazione dei Piani di Intervento per il PAC Servizi di Cura anziani e Infanzia, pubblicate dal Ministero dell'Interno in data 14 giugno 2013;
- Legge 13 agosto 2010, n. 136 *“Nuove disposizioni antimafia”* in merito alla tracciabilità delle spese.

CONSIDERATO

- che il presente accordo va inquadrato nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria per il rafforzamento del sistema di presa in carico per gli anziani non autosufficienti;
- che la sottoscrizione del presente accordo di programma costituisce requisito di ammissibilità per l'accesso alle risorse del Piano di Azione e Coesione – Servizi di Cura – Area Anziani;
- che l'Ambito territoriale nel triennio 2010-2012 ha erogato i servizi domiciliari socio-assistenziali integrati all'assistenza sociosanitaria fornita dall'ASL, nonché i servizi domiciliari ad elevata integrazione socio sanitaria con il concorso diretto della ASL;
- che l'Ambito territoriale nel triennio 2010-2012 ha conseguito i seguenti risultati in termini di popolazione raggiunta e di volume di prestazioni erogate in favore di utenti anziani ultra 65enni per tipologie di servizi:

Servizi attivati e volumi di prestazioni	2010	2011	2012
Num. Utenti serviti con SAD	173	100	91
Totale ore erogate SAD	14830	8363	8273
Num. Ore/uomo lavorate per operatori SAD (specificare qualifiche professionali)	6 ore/giorno Assistente domiciliare	6 ore/giorno Assistente domiciliare	6 ore/giorno Assistente domiciliare
Spesa totale dei Comuni per prestazioni domiciliari rivolte a persone non autosufficienti	78.000,00	92.000,00	91.000,00
Di cui compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni	11.600,00	9.400,00	8.700,00
Servizi attivati e volumi di prestazioni	2010	2011	2012
Num. Utenti serviti con ADI previa presa in carico da UVM	423	393	277
Totale ore erogate ADI Num. Ore/uomo lavorate per operatori ADI (specificare profili professionali impiegati)	26149 Medici Infermieri Assistente Sociali Psicologo	23895 Medici Infermieri Assistente Sociali Psicologo	15829 Medici Infermieri Assistente Sociali Psicologo
Spesa totale per prestazioni domiciliari ADI rivolte a persone non autosufficienti	523.000,00	478.000,00	316.582,00
Di cui spesa ASL	523.000,00	478.000,00	316.582,00
Di cui spesa Comuni	78.000,00	92.000,00	91.000,00

TUTTO CIO' VISTO, PREMESSO E CONSIDERATO,

I SOGGETTI SOTTOSCRITTORI:

APPROVANO IL SEGUENTE ACCORDO DI PROGRAMMA

per la programmazione e attuazione del servizio di Cure Domiciliari Integrate (in seguito CDI) da parte dell'ASL e dell'Ambito Territoriale di CASTROVILLARI

PREMESSA

In base alle previsioni del Piano di Rientro di cui alla DGR 845/2009, del Piano Regionale delle Politiche Sociali 2007-2009, nonché dei documenti CIPE per l'erogazione delle risorse premiali per l'Obiettivo di Servizio – S.06 ADI Anziani e del Piano di Azione e Coesione Servizi di Cura 2013-2015 (in seguito PAC), l'assistenza domiciliare in tutte le sue articolazioni si pone al vertice degli interventi sociosanitari del territorio regionale, assieme allo sviluppo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, al fine di completare la filiera delle prestazioni che in modo complementare tra loro concorrono ad assicurare la presa in carico appropriata ed efficiente del paziente cronico e gravemente non autosufficiente in alternativa alle strutture sanitarie ospedaliere e/o riabilitative ovvero a seguito di dimissione protetta.

Il Piano di Azione e Coesione Servizi di Cura per gli anziani, tra il 2013-2015, prevede come obiettivi:

- la attivazione nell'Ambito territoriali sociali (Comuni associati in Distretti socio assistenziali) dell'equipe impegnata ad erogare le prestazioni ADI, con l'apporto dei Comuni (per le prestazioni sociali, ausiliarie) e delle ASL (per le prestazioni a connotazione sanitarie);
- il potenziamento dell'UVM per accrescere la capacità di presa in carico corretta da parte del Distretto;
- l'investimento in nuove tecnologie per supportare e qualificare l'ADI anche con la teleassistenza e la telemedicina.
- Il Piano di Intervento Anziani del PAC vede quale suo principale strumento attuativo uno specifico Accordo di Programma tra Comune capofila dell'Ambito territoriale e il Distretto Sanitario corrispondente al fine di fissare obblighi e impegni reciproci in materia di:
- risorse di competenza dell'Ambito derivati dal riparto PAC-FSC, della parte relativa al Fondo Non Autosufficienza della delibera n DGR n. 311/2013 e dalle ASL per la costituzione delle equipe e l'erogazione delle prestazioni SAD/ADA e ADI per persone non autosufficienti;
- modalità di coordinamento professionale di tutte le risorse umane impiegate;
- tecnologie da acquisire ricorrendo ad una quota parte dei PAC;
- modalità di presa in carico attraverso l'UVM di tutti i pazienti in ADI e dei pazienti che ricevendo a domicilio altre prestazioni sanitarie (domiciliare sanitaria, oncologica, riabilitativa) richiedono a domicilio anche l'apporto di prestazioni socio-assistenziali (SAD/ADA), queste ultime di pertinenza dei Comuni uniti in Distretto Sociale;
- alimentazione del flusso informativo SISS, SINA e del monitoraggio LEA da questo derivante;
- riqualificazione del personale sanitario e ausiliario da riconvertire per le prestazioni territoriali (caso del personale già in carico ai presidi ospedalieri dismessi);
- integrazione con le altre misure di sostegno economico per le non autosufficienze eventualmente erogate dalla Regione e dai Comuni (altri contributi economici).

Nello specifico per cure domiciliari integrate (CDI) si intende un *servizio che assicuri prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali in forma integrata e secondo piani individuali programmati per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita quotidiana.*

Il servizio, di competenza sia del SSN che dell'Ambito sociale, calibrato sul modello della domiciliarizzazione delle cure e delle prestazioni (intendendo per domicilio l'abituale ambiente di vita della persona, ovvero la propria abitazione, si connota per la forte valenza integrativa della valutazione multidimensionale dei bisogni e della erogazione delle prestazioni, in relazione alla natura e dalla complessità dei bisogni a cui si rivolge.

Caratteristica essenziale è l'unitarietà d'intervento, che deve essere basato sul concorso progettuale di contributi professionali, sanitari e di protezione sociale, organicamente inseriti nel progetto assistenziale personalizzato.

Obiettivo specifico è la continuità delle cure basandosi sulla condivisione dei propositi, delle responsabilità e sulla complementarietà delle risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute.

Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale è valutato attraverso idonei strumenti che consentono la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse (S.Va.Ma) per la valutazione, P.A.I. per la presa in carico).

Il presente Accordo di Programma disciplina le responsabilità e gli impegni reciproci e nei confronti dell'utenza residente in tutti Comuni ricadenti nell'Ambito territoriale del Distretto Socio Assistenziale di Castrovillari che rientra nel Distretto sociosanitario Esaro-Pollino dell'ASP di Cosenza.

Al fine di garantire una programmazione integrata e coordinata della rete dei servizi socio-sanitarie di superare la separazione degli interventi e la rigida delimitazione delle competenze, e con l'obiettivo ultimo di realizzare un sistema di offerta che sia al contempo efficiente, efficace e di qualità, le componenti istituzionali, come sopra costituite, convengono di addivenire alla sottoscrizione del presente Accordo di Programma.

L'assunzione di responsabilità e di reciproci impegni è ritenuta condizione imprescindibile per l'attuazione del Sistema integrato di interventi e servizi sociali della Regione Calabria, del PAC Servizi di Cura – Anziani (2013-2015);

I firmatari del presente Accordo di Programma si obbligano a contribuire alla realizzazione degli obiettivi indicati nei rispettivi atti di programmazione secondo la responsabilità e le competenze a ciascuno di essi attribuite e in particolare, ai fini del raggiungimento degli obiettivi medesimi, si impegnano a seguire il criterio della massima diligenza per superare eventuali imprevisti e difficoltà sopraggiunti, si impegnano a favorire la più ampia partecipazione della cittadinanza sociale e delle organizzazioni del Terzo Settore e di rappresentanza degli utenti alla progettazione e alla valutazione partecipata degli interventi posti in essere.

La premessa è parte integrante dell'Accordo di Programma.

TITOLO I DISPOSIZIONI GENERALI

Capo I Norme Generali

Art. 1 Finalità del presente Accordo di Programma

1. La finalità del presente Accordo di programma è quella di attuare:

- un governo clinico-assistenziale efficace ed efficiente delle CDI tra il Distretto Socio Sanitario Esaro-Pollino e l'Ambito Socio Assistenziale di Castrovillari;
- il miglioramento dell'offerta dei servizi e delle prestazioni a domicilio;
- il rafforzamento dell'integrazione tra i servizi sanitarie socio-assistenziali con riferimento prioritario al servizio CDI, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e l'efficienza economica della organizzazione delle prestazioni de quo;
- il monitoraggio e la verifica degli interventi sanitari e socio-assistenziali domiciliari integrati;
- l'adozione dei standard qualitativi per un miglioramento continuo delle CDI erogate.

Art.2 – Obiettivi del servizio CDI

1. Obiettivi complessivi da perseguire con la realizzazione di una rete territoriale per le Cure Domiciliari Integrate, sono i seguenti:

- favorire l'autonomia della persona, la vita di relazione e la permanenza nel proprio ambiente familiare e sociale anche in situazioni di disagio;
- tutelare la salute psico-fisica sia in senso preventivo che di recupero mantenimento delle residue capacità funzionali e della vita di relazione;
- limitare l'allontanamento dall'ambiente familiare e sociale alle sole situazioni di grave dipendenza, per le quali la permanenza nel proprio ambiente costituirebbe fattore di eccessivo disagio e deterioramento, riducendo così il ricorso all'ospedalizzazione impropria ed evitando, per quanto possibile, il ricovero in strutture residenziali;
- favorire la responsabilizzazione dei familiari e della comunità attraverso varie forme di sensibilizzazione e coinvolgimento;
- favorire la partecipazione degli utenti alle scelte organizzative e attuative del Servizio di Cure Domiciliari integrate, anche attraverso i rappresentanti delle organizzazioni sociali e delle associazioni relative;
- prevenire e contrastare i processi di emarginazione sociale e le condizioni di isolamento, di solitudine, di bisogno, e migliorare la qualità della vita in generale degli anziani;
- curare e assistere anziani con età superiore a 65 anni in condizioni di salute tali che siano trattabili a domicilio, migliorandone la qualità di vita;
- sostenere le risorse dell'individuo per la vita in autonomia per quanto possibile e il mutuo- aiuto dei caregiver familiari integrandole con risorse umane professionali,trasmettendo loro eventuali competenze utili per una autonomia di intervento.

Art.3 - Destinatari

1. Le CDI sono rivolte, ai fini del presente Accordo di Programma, agli anziani in condizione di non autosufficienza con oltre 65;

Art. 4 - Criteri di ammissione e di eleggibilità

1. I requisiti generali per l'attivazione delle cure domiciliari integrate, sono:

- condizione di **non autosufficienza**, (determinata dalla concomitanza di diversi fattori biologici, psicologici e socio-ambientali che agendo in modo coincidente inducono ad una perdita parziale o totale delle capacità dell'organismo), e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- complessità assistenziale, ovvero presenza di bisogni complessi, che richiedono contemporaneamente prestazioni sanitarie ed interventi socio-assistenziali domiciliari;
- adeguato supporto familiare e/o informale;
- idonee condizioni abitative;
- consenso informato da parte della persona e della famiglia/ o suo tutore giuridico;
- presa in carico da parte del Medico di Medicina Generale;
- residenza in uno dei Comuni dell'Ambito territoriale.

L'eleggibilità è comunque subordinata alla Unità di Valutazione Multidimensionale posta in essere dall'UVM integrata (sociale e sanitaria), territorialmente competente.

2. La residenza in uno dei comuni dell'Ambito oltre a costituire un requisito di accesso alle prestazioni, rappresenta il riferimento per l'attribuzione di costi sociali e sanitari rispettivamente all'Ambito e al Distretto.

3. Le prestazioni di assistenza domiciliare (CDI) possono integrarsi con il "Buono Servizio di Conciliazione erogato dalla Regione ai Comuni per prestazioni domiciliari aggiuntive da fornitori autorizzati e iscritti nel catalogo delle prestazioni (accreditati), in presenza di una situazione di fragilità economica connessa alla non autosufficienza di uno dei componenti del nucleo familiare.

TITOLO II

LE CURE DOMICILIARI INTEGRATE

Capo I: Caratteristiche delle Cure Domiciliari Integrate

Art. 5 - I diversi profili delle cure domiciliari integrate

1. Le cure domiciliari integrate consistono in interventi garantiti agli anziani non autosufficienti con più di 65 anni, al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie. Caratteristiche di tali cure è l'unitarietà dell'intervento, che assicura prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche e riabilitative) in forma integrata e secondo progetti personalizzati di intervento.
2. I profili di cura si qualificano per livelli differenziati attraverso:
 - a - la natura del bisogno;
 - b - l'intensità, definita con l'individuazione di un coefficiente (CIA¹);
 - c - la complessità in funzione del caso mixedell'impegno delle figure professionali coinvolte nel PAI (valore GEA²);
 - d- la durata media (GdC³) in relazione alle fasi temporali: intensiva, estensiva e di lungo assistenza, e le fasce orarie di operatività;
 - e- il tipo di prestazioni domiciliari per profilo professionale

Art.6 - I livelli delle cure domiciliari

1. È possibile classificare le cure domiciliari integrate (CDI) in 3 livelli:
- I. **Cure domiciliari integrate (A.D.I.) di I livello:** sono costituite da prestazioni di tipo medico, infermieristico, e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore degli Anziani non autosufficienti ultra 65 con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati articolati sino a 5 giorni.
 - II. **Cure domiciliari integrate (A.D.I.) di II livello:** si rivolgono agli anziani non autosufficienti ultra 65 anni che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente invalidanti, hanno bisogno di continuità assistenziale le cui prestazioni devono essere articolate in 6 giorni in relazione alle criticità e complessità del caso.

¹CIA = Coefficiente di intensità assistenziale: numero GEA/numero GdC

²GEA= giornata effettiva di assistenza: giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

³GdC= giornate di cura: durata del piano di cura dalla presa in carico alla dimissione dal servizio

III. Cure domiciliari integrate di III livello (ad elevata intensità):

sono prestazioni a favore degli anziani non autosufficienti ultra 65 anni con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale e interventi programmati su 7 giorni - considerato anche il servizio di pronta disponibilità - (es.: SLA/SMA), Assorbono le prestazioni già definite di Ospedalizzazione domiciliare. Anche le Cure Palliative rientrano nel III livello, in questo caso la responsabilità clinica permane in capo al MMG che si può avvalere anche del medico che segue la terapia del dolore individuato come da piano PAI dall'UVM. Le cure palliative devono essere erogate da un'equipe in possesso di specifiche competenze.

2. L'attivazione delle cure domiciliari integrate (CDI) richiede la presa in carico, previa valutazione multidimensionale del bisogno (VMD) e la definizione di un piano personalizzato di assistenza, con individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi. Gli interventi professionali comprendono prestazioni mediche, specialistiche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali. Annoverano una gamma di attività multi professionali, così come semplificate nel documento della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea 2006.
5. Per tutti i livelli di CDI è necessaria l'integrazione dell'erogazione di prestazioni sociosanitarie e socioassistenziali assimilabili alle prestazioni SAD per la cura degli ambienti domestici e della persona anziana, nonché alle prestazioni degli operatori sociosanitari. Il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), elaborato a seguito di VMD integra le prestazioni e individua le responsabilità economiche e organizzative rispettivamente dall'ASP e dell'Ambito sociale.
6. Per la corretta implementazione dei diversi livelli di CDI e per la necessaria integrazione sociosanitaria, il Distretto sociosanitario Esaro Pollino e l'Ambito Territoriale di Castrovillari, si impegnano ad implementare ogni indirizzo regionale e nazionale in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti con più di 65 anni..

TITOLO III

L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA NELLE CURE DOMICILIARI

Capo I: Le Prestazioni e i soggetti preposti

Art. 7 - Prestazioni delle CDI

1. Il servizio di assistenza domiciliare integrata comprende prestazioni di tipo socio assistenziale e sanitario che si articolano per aree di bisogno, con riferimento a persone affette da malattie croniche invalidanti e/o progressivo-terminali. Le prestazioni che il

Distretto socio sanitario Esaro Pollino e i Comuni dell'Ambito si impegnano a fornire, con i propri specifici operatori, sono quelle rientranti nei compiti e nelle mansioni correnti delle rispettive qualifiche professionali, di cui al successivo Capo II del presente Titolo III e secondo un'operatività ed un'organizzazione, in base ai giorni della settimana, fascia oraria, prestazioni, figure professionali impegnate.

2. Con riferimento alle prestazioni di competenza del Distretto sanitario, la gamma dettagliata delle prestazioni sanitarie essenziali erogabili a domicilio sono rintracciabili nel Documento della Commissione Nazionale per la definizione dell'organizzazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA domiciliari) - Ministero della Sanità, allegate alle linee guida sul sistema delle cure domiciliari e l'accesso ai servizi territoriali di cui al DPGR n.12/31 gennaio 2011.

3. Le prestazioni socio-assistenziali domiciliari, di competenza dell'Ambito sono:
 - aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane;
 - sostegno alla mobilità personale ove previsto (attività di trasporto e accompagnamento per persone

anziane e parzialmente non autosufficienti, che a causa dell'età e/o di patologie invalidanti, accusano ridotta o scarsa capacità nella mobilità personale, anche temporanea, con evidente limitazione dell'autonomia personale e conseguente riduzione della qualità della vita)

Art. 8 - Gli strumenti operativi

1. Per ogni utente è predisposta idonea Cartella di CDI nella quale sono ricondotti:

- a) la S.Va.M.A.
- b) il PAI ;
- c) il consenso informato;
- d) il diario delle attività assistenziali svolte a domicilio della persona;
- e) ogni variazione e aggiornamento.

La cartella di CDI, ove possibile, potrà essere gestita in modalità informatica, dotando gli operatori di apposita hardware con collegamento in tempo reale con i sistemi informativi centrali (comunal e aziendali).

2. Al domicilio della persona, il caregiver tutela una scheda/diario giornaliera per l'annotazione delle "prestazioni effettuate" dagli operatori ed i tempi di attuazione.

3. La scheda è controfirmata dall'utente stesso o da un suo familiare, a comprova della prestazione resa dagli operatori.

4. La scheda/diario giornaliera, quale parte integrante della cartella clinica, è resa al Responsabile dell'Unità Cure Domiciliari del Distretto al momento della dimissione dell'utente dal servizio.

5. E' responsabile della cartella Assistenza Domiciliare Integrata il Direttore del Distretto Socio-Sanitario.

6. La cartella di CDI è custodita nella sede distrettuale ed è a disposizione di tutti gli operatori sociali e sanitari che intervengono al domicilio dell'utente per i servizi attivati. La stessa sarà archiviata al momento della dimissione dalle cure domiciliari o in caso di decesso.

Art. 9 - Prestazioni ammissibili a finanziamento con le risorse PAC

1. Tipologia di azioni previste:

a. prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrata all'assistenza socio-sanitaria (ADI);

b. servizi in assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) per anziani gravemente non autosufficienti che, non necessitando di prestazioni sanitarie a domicilio, non sono inseriti in programmi di ADI [*Tale stato dovrà essere verificato comunque attraverso l'avvenuto passaggio di ciascun caso specifico in UVM*];

c. investimento in allestimenti, forniture e adozioni di soluzioni innovative per la gestione di telemonitoraggio delle funzioni vitali e di teleassistenza.

2. Per l'attuazione delle prestazioni di cui alle lett. a e b i contraenti s'impegnano a:

- rispettare dei requisiti di qualità dei soggetti erogatori dei servizi per tutte le modalità di gestione del servizio e di selezione dei soggetti erogatori:

a. gestione in economia (anche con personale a contratto)

b. affidamento a società in *house* o appalto di servizi

c. affidamento all'esterno mediante buoni servizio secondo la regolamentazione regionale e d'Ambito che ne preveda anche il controllo sulla qualità

d. pagare tariffe conformi alle disposizioni regionali ed ai contratti collettivi vigenti

e. effettuare verifiche e controlli (in caso di fornitore privato).

3. I Comuni s'impegnano a rispettare le disposizioni in merito alle azioni e alle spese ammissibili a valere sulle risorse del PAC Servizi di cura Anziani 2013-2015, come previste da Linee guida "Piani di Intervento per il PAC Servizi di cura Anziani" approvate e pubblicate dal Ministero dell'Interno-ADGPAC in data 14.06.2013, in base alle diverse modalità di erogazione del servizio;

4. Tutte le prestazioni a rilievo sanitario restano a carico del Fondo Sanitario Regionale e del budget della ASP di Cosenza come assegnato al Distretto socio-sanitario n.1 anche in quota parte del volume complessivo di prestazioni erogate.

Art. 10 - Soggetti preposti

1. I soggetti preposti per l'erogazione del servizio CDI sono:

- I. AREA SANITARIA:
 - Medico di medicina generale,
 - Infermiere professionale
 - Medico specialista
 - Terapista della riabilitazione
 - Assistente sociale
 - Educatore professionale
 - Psicologo
 - Case manager
- II. AREA SOCIALE
 - Servizio sociale professionale dell'ambito territoriale
 - Segretariato sociale dell'ambito territoriale
 - Enti gestori dei servizi sociali
- III. AREA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
 - PUA
 - UVM
 - Operatore Socio Sanitario (in seguito OSS).

2. La funzione di coordinamento dell'équipe ADI è presidiata da una delle figure dell'Area sanitaria.

3. Il Responsabile del Distretto Socio Assistenziale e il Direttore del Distretto Sociosanitario, alla luce degli atti di programmazione aziendale e distrettuale, per le rispettive competenze e responsabilità, definiscono il Piano di Intervento per le CDI dell'Ambito territoriale, e vi allocano le risorse di rispettiva competenza:

- le risorse del FNA e del PAC – Servizi di Cura Anziani – per la parte Socio assistenziale e sociosanitaria;
- le risorse del FSR per la parte sanitaria.

Art. 11 - Le linee guida regionali per le cure domiciliari

1. Le parti si impegnano a tenere conto delle Linee guida regionali in materia di accesso e, presa in carico, al sistema integrato, in materia di cure domiciliari integrate.

Art. 12 - La valutazione della qualità

1. L'erogazione delle prestazioni in regime domiciliare avviene sulla base dei principi di:

- a) adeguatezza
- b) appropriatezza c) economicità

2. Nella valutazione della qualità si fa riferimento a 3 (tre) dimensioni:

- 1. la qualità organizzativo-gestionale;
- 2. la qualità tecnico-professionale;
- 3. la qualità percepita.

3. Gli indicatori a cui si fa riferimento sono:

- quelli di risultato, al fine di verificare le ricadute che il servizio ha in merito alla salute degli utenti, alla qualità di vita, al grado di soddisfazione che esprimono;
- l'autovalutazione, quale strumento costante di monitoraggio e di riflessione sulla propria realtà operativa;

4. Gli utenti saranno coinvolti attraverso gli strumenti tradizionali della customer satisfaction:

- a) questionari di gradimento per la rilevazione permanente del grado di soddisfazione degli utenti;
- b) interviste ai cittadini/utenti per la valutazione della qualità percepita

Art. 13 - Il sistema di accesso e di organizzazione

1. Il servizio di CDI si realizza attraverso procedure unitarie e condivise tra ASL/Distretto socio sanitario e Comuni associati dell'Ambito Territoriale, per l'accesso, la valutazione e la presa in carico, nel rispetto del DPGR n. 12/2011 "Linee Guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali", e di ogni soluzione tecnico – gestionale atta ad accrescere l'efficacia e la tempestività di una presa in carico appropriata e integrata.

2. Le funzioni integrate per l'accesso e la presa in carico si articolano secondo il seguente percorso:

- richiesta di accesso/segnalazione
- ricevimento della domanda da parte della PUA
- Proposta di ammissione alle cure domiciliari integrate
- Convocazione dell'UVM
- Valutazione multidimensionale a cura dell'UVM e l'individuazione del case manager.

3. In merito alla modalità di valutazione multidimensionale del grado di non autosufficienza, le parti contraenti s'impegnano ad introdurre modalità compatibili con l'alimentazione del Sistema Informativo per la Non Autosufficienza (SINA) e del Nuovo Sistema Informativo sanitario per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (NSIS-SIAD)

Art. 14 – Il personale delle PUA

1. Le parti contrattuali s'impegnano ad istituire e attivare/mettere a regime il Punto Unitario di Accesso (PUA) secondo la seguente composizione e modalità:

COMPOSIZIONE PUA

PERSONALE DI COMPETENZA DELL'AMBITO TERRITORIALE				
Profilo professionale	Ente di provenienza	N. ore Settimanali	Inquadramento Inorganico Da individuarsi mediante procedure selettive da individuarsi mediante affidamento del servizio	Modalità di assegnazione del personale alla funzione (es. ordinati di servizio, se in organico)
1 Assistente Sociale	Ambito	20	In organico	O.S.
2 OSS -OSA	Coop. Soc. Le	30	Affid. Dto. Lvo 163/2006	Incarico
...				

PERSONALE DI COMPETENZA DELLA ASL				
Profilo professionale	Ente di provenienza	N. ore settimanali	Inquadramento ☐ Inorganico ☐ Da individuarsi mediante procedure selettive ☐ Da individuarsi mediante affidamento del servizio	Modalità di assegnazione del personale alla funzione (es. ordinati servizio, se in organico)
1 Amministrativo	ASP			
2 Assistente Sociale	Ambito	20	In organico	O.S.
3 Operatore di front-office	ASP	36	In organico	organico

Art. 15 – Il personale di riferimento per il funzionamento della UVM

- Le parti contrattuali s'impegnano ad istituire e attivare/mettere a regime l'Unità di valutazione multidimensionale (UVM), assicurando le seguenti figure di riferimento, e fermo restando il coinvolgimento ad hoc di specialisti richiesti dal profilo di salute dell'utente in valutazione:

PERSONALE DI COMPETENZA DELL'AMBITO TERRITORIALE				
Profilo professionale	Ente di provenienza	N. ore settimanali	Inquadramento ☐ Inorganico ☐ Da individuarsi mediante procedure selettive ☐ Da individuarsi mediante affidamento del servizio	Modalità di assegnazione del personale alla funzione (es. ordinati servizio, se in organico)
1 Assistente Sociale	Ambito	20	In organico	O.S.
...				
...				

PERSONALE DI COMPETENZA DELLA ASL				
Profilo professionale	Ente di provenienza	N. ore Settimanali	Inquadramento ☐ Inorganico ☐ Da individuarsi mediante procedure selettive ☐ Da individuarsi mediante affidamento del servizio	Modalità di assegnazione del personale alla funzione (es. ordinati servizio, se in organico)
1 Medico	ASP	38	In organico	In organico
2 Assistente Sociale	ASP	20	In organico	In organico
3 Capo sala o Case Manager	ASP	36	In organico	In organico

Art. 16 – Il personale di riferimento per il servizio delle cure domiciliari

1. Le parti contrattuali s'impegnano ad assicurare nel territorio di riferimento specifiche equipe professionali per l'erogazione delle Cure domiciliari Integrate (CDI), in tutte le componenti previste per le specifiche competenze, assicurando le seguenti figure di riferimento, e fermo restando il coinvolgimento ad hoc di specialisti richiesti dal profilo assistenziale dell'utente in valutazione:

COMPOSIZIONE EQUIPE CDI

PERSONALE DI COMPETENZA DELL'AMBITO DISTRETTUALE				
Profilo professionale	Ente di provenienza	N. ore Settimanali	Inquadramento ☐ Inorganico ☐ Da individuarsi mediante procedure selettive ☐ Da individuarsi mediante affidamento del servizio	Modalità di assegnazione del personale alla funzione (es. ordinati servizio, se in organico)
1 OSS -OSA	Coop. Soc. Le	20	Affid. Dto. Lvo 163/2006	Incarico
2 Assistente Sociale	Ambito	20		
...				

PERSONALE DI COMPETENZA DELL'ASL				
Profilo professionale	Ente di provenienza	N. ore Settimanali	Inquadramento ☐ Inorganico ☐ Da individuarsi mediante procedure selettive ☐ Da individuarsi mediante affidamento del servizio	Modalità di assegnazione del personale alla funzione (es. ordinati servizio, se in organico)
1 Medico	ASP	38	Inorganico	Inorganico
2 Assistente Sociale	ASP	36	Inorganico	Inorganico
3 Capo sala	ASP	28	Personale non dedicato	---

Art. 17 - Modalità di erogazione

1. Le CDI sono erogate nelle seguenti modalità:

a) **Distretto Socio Sanitario:** *[Gestione diretta, e/o affidamento a terzi, con responsabilità sanitaria dei progetti individuali a cura del MMG]*

b) **Comuni dell'Ambito Territoriale:** *[Gestione diretta, e/o mediante eventuale affidamento a terzi]*

2. Le parti contraenti s'impegnano, sul piano gestionale, al rispetto della normativa vigente prevista dal Codice dei Contratti (d. lgs. 163/2006) e della disciplina riguardante la tracciabilità dei flussi finanziari (d. lgs. 136/2010).

3. Le parti s'impegnano, a mantenere il coordinamento delle attività in capo al Distretto Socio-sanitario Esaro Pollino e la presa in carico congiunta Distretto Sociosanitario-Ambito attraverso l'UVM anche nell'ipotesi di esternalizzazione del servizio.

Capo II

Cessazione, sospensione e riduzione delle CDI

Art. 18 - Cessazione e riduzione

1. Il servizio può cessare o essere ridotto nei seguenti casi:

- a) richiesta scritta dell'utente;
- b) decesso o ricovero prolungato in strutture, qualora i familiari restanti non necessitino ulteriormente del servizio;
- c) qualora vengano meno i requisiti di ammissione, previa valutazione dell'UVM;
- d) qualora venga meno il rispetto nei confronti del personale (molestie, aggressioni anche verbali, minacce) in forma ripetuta;
- e) qualora l'utente sia assente dal domicilio per più di tre volte nell'orario in cui deve essere effettuata la prestazione, senza preavvertire il personale;
- f) in caso di assenza per più di un mese, esclusi i ricoveri ospedalieri, salvo situazioni particolari valutate dal Servizio Sociale comunale;

Art. 19 - Sospensione

1. Il servizio può essere sospeso temporaneamente, su richiesta presentata all'Assistente Sociale, da parte dell'utente o di un suo familiare, specificando il periodo e le motivazioni. Cinque giorni prima dello scadere del periodo di sospensione, l'utente od un suo familiare è tenuto a comunicare le sue intenzioni (ripresa del servizio o rinuncia definitiva). Eventuali assenze dovute a ricoveri temporanei non provocano la dimissione dal servizio (al posto dell'utente assente potranno tuttavia essere effettuate prese in carico a tempo determinato).

2. Il servizio, previa comunicazione anticipata, verrà riattivato entro 48 ore dal rientro a domicilio. Assenze per soggiorni climatici o trasferimenti presso altri familiari o diversi domicili non comportano la dimissione se l'assenza non supera un mese di calendario. Per assenze superiori non può essere mantenuto il posto, pertanto si procederà alle dimissioni e poi all'eventuale successiva valutazione di presa in carico.

TITOLO IV LE RISORSE

Capo I

Criteri di allocazione delle risorse

Art. 20 - Risorse e livelli di responsabilità

- 1. Il servizio delle CDI di primo e secondo livello comprende prestazioni di tipo socio-assistenziale e sanitario, che si articolano per aree di bisogno, offerte dal Distretto socio sanitario e dai Comuni dell'Ambito, nella misura e secondo la modalità concordate tra le parti.
- 2. Il costo del servizio di cure domiciliari integrate trova copertura al 100% a carico del Servizio Sanitario regionale, nonché con i richiamati fondi PAC (cura anziani non autosufficienti) e per la parte relativa al fondo NAS a valere sulla DGR n. 311/2013;
- 3. Il cofinanziamento ASL per l'assistenza per le CDI di cui sopra, è garantito attraverso l'erogazione delle prestazioni sanitarie così per come definite dal DPCM 29.11.2001 e dal DPGR 12/2011, e finanziariamente quantificabile desunti dal bilancio aziendale.
- 4. Sono a carico dell'Ambito Territoriale le prestazioni a valenza socio-assistenziale da imputare ai fondi PAC (cura anziani non autosufficienti) e per la parte relativa al fondo NAS a valere sulla DGR n. 311/2013.

5. Per il triennio di riferimento del presente accordo, le parti che lo sottoscrivono conferiscono le risorse come di seguito indicate:

Enti Titolari	2013	2014	2015
Distretto Socio assistenziale	FNA 2013 PAC 2013-2014		FNA 2014 PAC II Riparto
Distretto Socio Sanitario	FSR 2013	FSR 2014	FSR 2015
Eventuale compartecipazione degli utenti	nessuna	nessuna	Nessuna

Entro il primo semestre 2014 le parti che sottoscrivono il presente Accordo, definiscono uno specifico addendum per quantificare le ulteriori risorse finanziarie assegnate per l'anno 2015 agli obiettivi de quo e per dettagliare il volume complessivo delle prestazioni assicurate, in ore lavorate per profili professionali impiegati.

Art. 21 - Compartecipazione dell'utente alla spesa

1. Le parti sottoscrittrici del presente Accordo di Programma stabiliscono di non porre a carico degli anziani non autosufficienti con oltre 65 anni, alcuna compartecipazione al costo del servizio.

TITOLO V NORME DI CARATTERE GENERALE

Art. 22 - Rapporti con il volontariato

1. Il Servizio Sociale favorisce la collaborazione con il volontariato presente nel territorio, quale Importante supporto alla realizzazione delle proprie finalità. Il volontariato non può in alcun caso essere considerato sostitutivo del servizio ma integrativo ad esso.
2. L'ambito territoriale può stipulare apposite convenzioni o accordi con le Associazioni di volontariato locali che si caratterizzino per progetti specifici

Art. 23 - Forme di garanzia per gli utenti

1. Nell'organizzazione del Servizio e delle prestazioni dovranno essere tenuti in considerazione i seguenti elementi:
 - salvaguardia della dignità e dell'autonomia dell'utenza rispetto del diritto alla riservatezza
 - coinvolgimento degli utenti e dei familiari alla gestione del Servizio.
2. Le parti contraenti s'impegnano ad ottimizzare i sistemi di comunicazione interni all'organizzazione del servizio e verso l'esterno per sviluppare uno scambio informativo virtuoso ed efficace, anche attraverso la produzione di materiale informativo e pubblicitario (Carta delle rete delle cure domiciliari, guide alla rete dei servizi domiciliari, pieghevoli)

Art. 24 - Vigilanza e controllo

1. Per le attività di vigilanza e controllo si fa riferimento ad un Coordinamento permanente costituito dall'Ufficio di Direzione del Distretto Socio Sanitario Esaro Pollino e il Servizio Sociale del Comune Capo Ambito o altra istituzione in rappresentanza dei Comuni dell'Ambito, che prevede incontri periodici finalizzati a:
 - attuare la realizzazione concreta del presente Accordo di Programma;
 - individuare e gestire le difficoltà e i problemi che si possono prospettare;
 - verificare il costante impegno delle parti;
 - valutare i risultati conseguiti, procedendo nel caso ad aggiornamento degli accordi sottoscritti.

Art. 25 - Debito informativo e trasmissione dati

1. Con il D.M. del 17/12/2008 del Ministero della Salute (G.U. n.6 del 09/01/2009) è stato istituito il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (Flusso SIAD).

Art. 26 - Durata e validità dell'Accordo di programma

1. Il presente Accordo di programma decorre dalla sua sottoscrizione e ha validità triennale.
2. L'Accordo di programma può essere revisionato dai firmatari, previa verifica congiunta, in relazione all'andamento e ai risultati e ai finanziamenti, nonché in funzione di eventuali Leggi, Regolamenti o Delibere (nazionali, regionali) che posso determinarsi nel periodo di decorrenza e durata, a modifica o integrazione della legislazione ad oggi in vigore in materia di assistenza domiciliare.

Letto, confermato e sottoscritto

PER L'AMBITO SOCIALE DI CASTROVILLARI

Il Sindaco del Comune di Castrovillari

IL SINDACO

Avv. DOMENICO LO POLITO



PER IL DISTRETTO SOCIOSANITARIO N.1 DELL'ASP di Cosenza

Il Direttore del Distretto

A.S.P. COSENZA

Distretto Sanitario Esaro Pollino

Il Direttore Dr. Vincenzo ARENA

Il Direttore Generale

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Gianfranco SCARPELLI