



COMUNE DI BUSSETO

Provincia di Parma

Prot. N.

VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO COMUNALE

Copia

N. 8 del 15/01/2009

OGGETTO: ESAME ED APPROVAZIONE DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA 2009 - 2011 PER L'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO DI FIDENZA.

L'anno **duemilanove**, addì **quindici** del mese di **gennaio** alle ore **21.00**, nella **Sala Consiliare del Palazzo Comunale**, previo esaurimento delle formalità prescritte dalla Legge e dallo Statuto, si è riunito sotto la presidenza del Sindaco **Dr. Luca Laurini** il Consiglio Comunale.

N.	Cognome e Nome	P	A	N.	Cognome e Nome	P	A
1	LAURINI Dr. Luca	SI		10	CARRAGLIA Enzo	SI	
2	PUDDU Pier Paolo		SI	11	CATELLI Gianluca	SI	
3	TESTA Gilberto	SI		12	LAVEZZINI Enrica	SI	
4	GAMBAZZA Maria Giovanna	SI		13	BOTTAZZI Ilaria		SI
5	TALIGNANI Carla	SI		14	PISARONI Daniele	SI	
6	GENUA Fabrizio		SI	15	MICHELAZZI Lamberto	SI	
7	FRATTI Salima	SI		16	LEONI Gianarturo	SI	
8	PASSERA Maurizio	SI		17	DONATI Giuseppe	SI	
9	CONCARI Luca	SI					
		PRESENTI: 14				ASSENTI: 3	

Partecipa il Il Segretario Comunale **Graneli Dr.ssa Roberta**

Il Presidente, riconosciuta legale l'adunanza, dichiara aperta la seduta ed invita il Consiglio a trattare l'argomento di cui in oggetto.

**OGGETTO: ESAME ED APPROVAZIONE DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA
2009 - 2011 PER L'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI PER LA
POPOLAZIONE ANZIANA NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO DI
FIDENZA.**

IL CONSIGLIO COMUNALE

RICHIAMATA la deliberazione del Consiglio Comunale n. 52 del 29/9/2008, esecutiva ai sensi di legge, con la quale il Comune di Busseto prorogava fino al 31 dicembre 2008, l'Accordo di Programma per l'integrazione dei servizi per la popolazione anziana nel territorio del Distretto di Fidenza", nel testo approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n. 34 del 30/6/2005;

DATO ATTO che il sopracitato Accordo di programma ha pertanto cessato la sua efficacia il 31 dicembre 2008;

CONSIDERATO che il Comitato dell'accordo di programma distrettuale, tenutosi a Fidenza il 26 novembre 2008, ha esaminato ed approvato lo schema del nuovo Accordo di programma triennale, predisposto da un gruppo di lavoro all'uopo costituito e allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;

PRESO ATTO:

- che l'Accordo di programma pone tra i suoi obiettivi:

a) il sostegno e l'incremento della rete dei servizi sociali e sanitari in risposta alla globalità dei bisogni della persona anziana,

b) il consolidamento del Servizio Assistenza Anziani (S.A.A.), prevedendo che le risorse da destinare al funzionamento dello stesso e i relativi criteri di ripartizione vengano stabiliti secondo programmi annuali,

c) la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente di vita, sostituendo e favorendo progetti innovativi di sostegno alla domiciliarità,

d) la conferma dell'utilizzo dell'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) come organismo tecnico deputato a svolgere funzioni di carattere valutativo finalizzate ad ottimizzare la coerenza tra bisogno, domanda e risposta assistenziale;

- che nell'ambito dell'accordo vengono definiti ruolo, funzioni e modalità organizzative degli organismi tecnico-operativi, ovvero del S.A.A. e dell'U.V.G., nonché delle figure professionali coinvolte nei percorsi assistenziali socio-sanitari, cioè dell'assistente sociale responsabile del caso, i medici di medicina generale, l'infermiera professionale del servizio infermieristico domiciliare e il responsabile organizzativo dell'assistenza domiciliare,

- che l'accordo definisce la rete dei servizi, costituita da case protette, centri diurni e servizi di assistenza domiciliare,

- che il riparto dei costi di funzionamento del S.A.A. distrettuale è stato stabilito nel seguente modo: 80% a carico dei Comuni in proporzione alla popolazione anziana ultrasettantacinquenne alla data dell'1 gennaio dell'anno precedente all'esercizio di funzionamento e 20% a carico delle case protette in proporzione al numero dei posti convenzionati con l'Azienda USL di Parma alla data dell'1 gennaio dell'anno precedente all'esercizio di funzionamento;

PRESO ATTO altresì che tale Accordo sarà sottoscritto dai Comuni di Busseto, Fidenza, Fontanellato, Fontevivo, Noceto, Roccabianca, Salsomaggiore Terme, San Secondo P.se, Sissa, Soragna, Trecasali, l'Unione Civica "Terre del Po", l'AUSL di Parma, la Fondazione "A.Pallavicino" di Busseto, l'ASP Distretto di Fidenza e la casa protetta "Villa Gay-Corradi" di Trecasali;

VISTA la nota inoltrata dal Comune di Fidenza, acquisita al Prot. Generale dell'Ente al n. 14620 in data 28/11/2008, avente per oggetto: "Bilancio di previsione Servizio Assistenza Anziani distrettuale, anno 2009", da cui si evince che la quota a carico del Comune di Busseto per il funzionamento del S.A.A. distrettuale per l'anno 2009 è pari ad € 6.974,97;

DATO ATTO che la somma di € 6.974,97 è stata all'uopo prevista all'intervento 1.10.04.05.0300 del Bilancio di previsione 2009;

VISTO l'art. 14 della Legge Regionale n. 5/1994, "*Tutela e valorizzazione delle persone anziane. Interventi a favore di anziani non autosufficienti.*";

VISTA la Legge Regionale del 12 marzo 2003, n. 2 "*Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali* ;

VISTO il D.Lgs. 18.08.2000 n. 267e s.m.;

DATO ATTO che sulla proposta della presente deliberazione sono stati espressi, ai sensi dell'art. 49, comma 1, del D. Lgs.vo n. 267/2000 e s. m. i seguenti pareri:

- favorevole, da parte della Dott.ssa Roberta Curtarelli, Responsabile dell'Area Servizi alla Persona, in ordine alla regolarità tecnica;
- favorevole, da parte della Dott.ssa Elena Stellati, Responsabile dell'Area Servizi Finanziari, in ordine alla regolarità contabile;

SENTITO l'intervento dell'Assessore ai Servizi Sociali, Sig.ra Maria Giovanna Gambazza, che illustra brevemente il contenuto della proposta di deliberazione inerente quanto in oggetto, come da verbale di seduta;

SENTITI, in proposito, i commenti e le osservazioni critiche dei Consiglieri intervenuti alla discussione ed in particolare l'intervento del Consigliere Leoni che anticipa il voto contrario dell'opposizione sulla proposta di deliberazione in questione, come da verbale di seduta;

SENTITA, altresì, la breve replica del Sindaco, come da verbale di seduta;

CON VOTI favorevoli n.° 10 (dieci) (Maggioranza - Assenti i Consiglieri Genua e Testa), contrari n.° 4 (quattro) (Opposizione: Donati, Leoni, Michelazzi e Pisaroni - Assente il Consigliere Bottazzi), nessun astenuto, resi in forma palese ai sensi di legge da n.° 14 (quattordici) Consiglieri presenti e votanti,

DELIBERA

1) DI APPROVARE l'Accordo di programma per l'integrazione dei servizi per la popolazione anziana nel territorio del Distretto di Fidenza, ai sensi della L.R. n. 5/94,

nel testo allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale:

2) All. "A";

3) DI AUTORIZZARE il Sindaco alla sottoscrizione dell'Accordo di programma;

4) DI PRENDERE ATTO che l'efficacia dello stesso ha decorrenza dal 1° gennaio 2009 on validità triennale, fino al 31 dicembre 2011;

5) DI DARE ATTO che la quota a carico del Comune di Busseto per il funzionamento del S.A.A. distrettuale per l'anno 2009, pari ad € 6.974,97, è stata all'uopo prevista all'intervento 1.10.04.05.0300 del Bilancio di previsione 2009;

6) DI TRASMETTERE copia del presente atto al Comune di Fidenza;

7) DI DARE ATTO altresì che sulla proposta della presente deliberazione sono stati acquisiti i pareri prescritti dall'art. 49, comma 1, del D. Lgs.vo n. 267/2000 e s. m.

Successivamente,

IL CONSIGLIO COMUNALE

ravvisata l'urgenza di provvedere in merito, con separata votazione, **con voti favorevoli n.° 10 (dieci) (Maggioranza - Assenti i Consiglieri Genua e Testa), contrari n.° 4 (quattro) (Opposizione: Donati, Leoni, Michelazzi e Pisaroni - Assente il Consigliere Bottazzi), nessun astenuto, resi in forma palese ai sensi di legge da n.° 14 (quattordici) Consiglieri presenti e votanti,**

DELIBERA

di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 134.4 del D.Lgs.vo n. 267/2000 e s.m.

Allegato "A" alla Deliberazione del Consiglio Comunale di Busseto n. 8 del 15/01/2009

**ACCORDO DI PROGRAMMA
2009-2011
PER L'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI PER
LA POPOLAZIONE ANZIANA NEL
TERRITORIO DEL DISTRETTO DI
FIDENZA**

Indice

Legenda	pag. 3
1. Enti sottoscrittori	pag. 4
2. Premessa	pag. 6
2.1 Riferimenti normativi	
pag. 6	
Parte prima - Principi generali	
Art. 1 Finalità dell'Accordo	pag. 8
Art. 2 Obiettivi generali	pag. 9
Art. 3 Azioni positive e strumenti per evitare l'emarginazione e l'esclusione degli anziani dal contesto sociale di riferimento	pag. 11
Art. 4 Rete dei servizi sanitari integrati	pag. 12
Art. 5 I destinatari degli interventi compresi nell'Accordo di Programma	
Pag. 13	
Art. 6 Comitato per l'attuazione dell'Accordo di Programma	Pag. 14
Art. 7 Funzioni del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma	
Pag. 15	
Art. 8 Compiti e funzioni del Presidente-Delegato del Comitato per l'attuazione dell'Accordo di Programma	
Pag. 16	
Parte seconda - Servizio Assistenza Anziani	
Art. 9 Definizione del Servizio Assistenza Anziani (S.A.A.)	Pag. 17
Art. 10 Finalità del Servizio Assistenza Anziani	Pag. 18
Art. 11 Assetto organizzativo del S.A.A	Pag. 20
Art. 12 Risorse del Servizio Assistenza Anziani distrettuale	Pag. 24
Parte terza - Strumenti operativi	
Art. 13 Premessa: la funzione di valutazione	
Pag. 25	
Art. 14 Nuclei delle Cure Primarie (N.C.P.)	Pag. 26
Art. 15 L'Assistente Sociale Responsabile del Caso	Pag. 27
Art. 16 Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.)	Pag. 29
Art. 17 I Medici di Medicina Generale (M.M.G.)	Pag. 31
Art. 18 L'Infermiere Professionale del Servizio Infermieristico Domiciliare	Pag. 32
Art. 19 Il Responsabile Organizzativo dell'Assistenza Domiciliare (R.O.A.D.)	Pag. 33
Art. 20 Il Coordinamento dell'Attività Medica nelle Strutture Residenziale	Pag. 34
Art. 21 Coordinamento Distrettuale delle Attività Sanitarie	Pag. 35
Parte quarta - Servizi della rete	

Art. 22 Accesso alla rete dei servizi	Pag. 36
Art. 23 Attivazione di interventi in forma congiunta	Pag. 37
Art. 24 Casa Protetta	Pag. 38
Art. 25 Appartamenti/ Alloggi protetti	
Pag. 39	
Art. 26 Centro Diurno	Pag. 40
Art. 27 Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.)	Pag. 41
Art. 28 Assegno di Cura	Pag. 42

Parte quinta - Elementi innovativi dell'offerta di SERVIZI

Art. 29 Elementi innovativi	
Pag. 43	

Parte sesta - Norme transitorie e finali

Art. 30 Oneri	Pag. 44
Art. 31 Durata dell'Accordo di Programma	Pag. 45
Art. 32 Estensione dell'Accordo di Programma	Pag. 46
Art. 33 Recesso dall'Accordo di Programma	Pag. 47
Art. 34 Risoluzione di controversie	Pag. 48

Legenda

A.U.S.L.	Azienda Unità Sanitaria Locale
C.D.	Centro Diurno
C.P.	Casa Protetta
D.G.R.	Delibera Giunta Regionale
D.M.	Decreto Ministeriale
D.S.M.	Dipartimento Salute Mentale
E.I.D.	Equipe Infermieristica Domiciliare
F.S.R.	Fondo Sanitario Regionale
I.P.A.B.	Istituto Pubblico Assistenza e Beneficenza
L.R.	Legge Regionale
M.M.G.	Medico di Medicina Generale
N.C.P.	Nucleo delle Cure Primarie
OOSS	Organizzazioni Sindacali
P.A.I.	Piano Assistenziale Individualizzato
R.O.A.D.	Responsabile Organizzativo Assistenza
Domiciliare R.S.A.	Residenza Sanitaria Assistenziale
S.A.A.	Servizio Assistenza Anziani
S.A.D.	Servizio Assistenza Domiciliare
Ser.T.	Servizio Tossicodipendenze
SSR	Sistema Sanitario Regionale
ss. mm. ed ii.	successive modifiche ed integrazioni
U.V.G.	Unità Valutazione Geriatrica

**ACCORDO DI PROGRAMMA 2009-2011,
PER L'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI
PER LA POPOLAZIONE ANZIANA
NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO DI FIDENZA**

Fra i Comuni di:

Fidenza, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Giuseppe Cerri, nato in Alseno (PC) il 03.01.1944, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/____;

Busseto, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Luca Laurini, nato in Parma il 10.08.1962, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/____;

Fontanellato, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Maria Grazia Guareschi, nata in Parma il 20.05.1965, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. _____ del __/__/____;

Fontevivo, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Massimiliano Grassi, nato in Parma il 01.02.1970, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/____;

Noceto, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Fabio Fecci, nato in Fidenza (Pr) il 26.04.1965, agente in esecuzione della deliberazione della Giunta Comunale n. __ del __/__/____;

Roccabianca, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Giorgio Quarantelli, nato in Roccabianca (Pr) il 17.03.1947, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/____;

Salsomaggiore Terme, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Massimo Tedeschi, nato in Fidenza(Pr) il 10.12.1951, in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/____;

San Secondo Parmense, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Roberto Bernardini, nato in San Secondo P.se (Pr) il 21.07.1971, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale

n. __ del __/__/____;

Sissa, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Angela Fornia, nata in Roccabianca (Pr) il 30.09.1949, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/____;

Soragna, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Giovanni Cattenati, nato a Noceto il 26.05.1958, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/____;

Trecasali, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Nicola Bernardi, nato in Parma il 26.04.1969, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/____;

Unione Civica "Terre del Po", rappresentata dal Presidente pro-tempore Andrea Censi, nato in Piacenza il 29.11.1973, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/____;

l' Azienda USL di Parma, rappresentata dal Direttore del Distretto di Fidenza pro-tempore Maria Rosa Salati, nata in Parma il 27.05.1956, in esecuzione della deliberazione, esecutiva, del Direttore Generale n. __ del __/__/____;

Gli Enti gestori:

Fondazione "A. Pallavicino" di Busseto, rappresentato dal Presidente Pro - tempore Angelo Caffarra, nato in Busseto (Pr) il 24.11.1941, in esecuzione della deliberazione n. __ del __/__/____;

L'ASP "Distretto di Fidenza", rappresentato dal Presidente Pro - tempore Francesco Meduri, nato a Reggio Calabria il 09.10.1949, in esecuzione della deliberazione n. __ del __/__/____;

e

La Parrocchia di San Michele Arcangelo che gestisce la Casa Protetta "Villa Gay Corradi" di Trecasali nella persona del Presidente Pro - tempore Don Giorgio Masini nato a Sorbolo (PR) il 23.09.1940, con adesione prot. n° ____ del __/__/____;

si stipula

Il seguente Accordo di Programma, a norma dell'art. 34 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267 e dell'art. 14 della L.r. 3 febbraio 1994, n. 5, per coordinare ed integrare i servizi sociali e sanitari a favore delle persone anziane del Distretto di Fidenza.

1. Premessa

1. Riferimenti normativi essenziali

1. la **Legge Regionale 03/02/1994 n. 5** "Tutela e valorizzazione delle persone anziane. Interventi a favore di anziani non autosufficienti";
2. la **Legge quadro 8 novembre 2000, n. 328.** per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
3. la **Legge Regionale 12 marzo 2003, n. 2** "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
4. la **Legge Regionale 23 dicembre 2004, n. 29,** "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale";
5. **La Legge 27/12/1983 n. 730** in particolare là dove pone a carico del Fondo Sanitario Nazionale gli oneri delle attività a rilievo sanitario connesse con quelle socio- assistenziali;
6. la **Legge Regionale 12/10/1998 n. 34** "Norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14/01/1997";
7. la **L. R. 21/04/1999 n. 3, e ss. mm. ed ii.,** "Riforma del sistema regionale locale";
8. la **D.G.R. 08/02/1999 n. 124** "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari";
9. la **Direttiva Regionale approvata con D.G.R. 17/07/1986 n. 1637** "Direttiva regionale per l'identificazione degli interventi socio-assistenziali a carico del bilancio sociale e degli interventi sociali a rilievo sanitario a carico del Fondo Sanitario Nazionale";
10. la **D.G.R. 28/07/1997 n. 1455** "Direttiva per i criteri di organizzazione e finanziamento delle funzioni di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna";
11. la **D.G.R. 26/07/1999 n. 1377, e ss. mm. ed ii.** "Direttiva sui criteri, modalità e procedure per la contribuzione alle famiglie disponibili a mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto";
12. la **D.G.R. 26/07/1999 n. 1378** "Direttiva per l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti nei servizi integrati socio-sanitari di cui all'articolo 20 della L. R. 5/1994";
13. la **D.G.R. 26/07/1999 n. 1379** "Adeguamento degli strumenti previsti dalla L. R. 5/1994 in attuazione del Piano Sanitario Regionale con particolare riferimento alla semplificazione degli accessi ed al rapporto con i cittadini";
14. la **D.G.R. 1.3.2000, n. 564** "Direttiva Regionale per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e

- semiresidenziali per minori, portatori di handicap, anziani e malati di AIDS in attuazione della L.R. 12.10.1998, n. 34";
15. la **D.G.R. 1 marzo 2000, n. 456** "La rete delle cure palliative";
16. la **DGR del 16 aprile 2007, n. 509**, "Fondo regionale per la non autosufficienza - Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009";
17. **Deliberazione della Giunta Regionale 30 luglio 2007, n. 1206**, "Fondo regionale non autosufficienza. Indirizzi attuativi della deliberazione G.G. 509/2007";
18. **La DGR del 02 luglio 2007, n. 1004**: "Individuazione delle azioni e dei criteri di riparto per realizzare gli obiettivi del programma finalizzato per la promozione e lo sviluppo degli uffici di piano";
19. **La Legge Regionale 19 febbraio 2008, n. 4** "Disciplina degli accertamenti della disabilità - ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale";
20. **Delibera della Giunta Regionale n. 772 del 22 maggio 2007**, " Approvazione dei criteri, delle linee guida e dell'elenco dei servizi per l'attivazione del processo di accreditamento in ambito sociale e sociosanitario. Primo provvedimento attuativo art. 38 l.r. 2/03 e succ.modd.";
21. **Delibera Assemblea Legislativa n. 175/2008** con la quale è stato approvato il Piano regionale sociale e sanitario e in particolare la Parte Terza, capitolo Quarto, dedicato agli Anziani";
22. **Delibera della Giunta Regionale n. 432 del 31 marzo 2008**: " Approvazione programma per la promozione e lo sviluppo degli sportelli sociali, in attuazione delle deliberazioni dell'Assemblea Legislativa n. 144/07 e della Giunta Regionanle n. 2128/07";
23. il **D.Lgs. 18.08.2000 n. 267, art. 34** che riconosce al Sindaco la facoltà di promuovere la conclusione di un Accordo di Programma per la definizione e l'attuazione di opere, di interventi o di programmi di intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di Comuni, Province e Regioni, di Amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici o comunque tra due o più tra i soggetti predetti.

PARTE PRIMA

PRINCIPI GENERALI

ARTICOLO 1

Finalità dell'accordo di programma

Il presente Accordo rappresenta lo strumento specifico per assicurare, in termini programmatici, attraverso l'allocazione delle risorse e la gestione degli accessi, la massima integrazione tra i servizi sociali e sanitari per tutelare le persone anziane e gli adulti non autosufficienti, a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche.

ARTICOLO 2

Obiettivi generali

L'Accordo di Programma si pone, come obiettivo principale, l'esercizio comune ed integrato di funzioni la cui titolarità rimane in capo ad ogni singola Amministrazione contraente.

Nel rispetto della normativa vigente in materia, ciò significa:

a) promuovere l'ulteriore sostegno e l'incremento della rete integrata dei servizi socio sanitari in risposta alla globalità dei bisogni della persona anziana;

b) definire gli obiettivi, i programmi di medio periodo, i modi e gli strumenti di comunicazione, i tempi e gli strumenti di verifica per realizzare la progressiva ed uniforme estensione sul territorio di un sistema integrato di prestazioni socio sanitarie differenziate, di gestione della valutazione della domanda e di accesso alla rete stessa;

c) consolidare il Servizio Assistenza Anziani, adeguando l'organizzazione ed il modello gestionale dell'ufficio, secondo programmi annuali e pluriennali che stabiliscano le risorse da destinare alle attività del S.A.A. e i criteri di ripartizione tra gli Enti aderenti;

d) confermare l'utilizzo dell'U.V.G., come strumento tecnico deputato a svolgere funzioni di carattere valutativo multidimensionale, finalizzate ad ottimizzare la coerenza tra bisogno, domanda e risposta assistenziale ed a potenziare la funzione di supporto e qualificazione della rete dei servizi;

e) garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dai progetti individualizzati di vita e di cura attraverso il "Responsabile del Caso";

f) favorire la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente di vita, utilizzando e potenziando le risorse disponibili, attuando progetti innovativi di sostegno alla domiciliarità;

g) confermare su tutto il territorio del Distretto il servizio di Assistenza Domiciliare;

h) superare i singoli punti di accesso alla rete dei servizi

socio sanitari, nel rispetto dei principi di semplificazione, mediante la creazione di Sportelli Unici ai sensi della normativa vigente;

i) definire, in modo condiviso con tutti gli Enti aderenti, strumenti e tempi di verifica degli obiettivi conseguenti alla identificazione di indicatori, a carattere quali-quantitativo.

j) promuovere lo sviluppo e l'estensione dei servizi di telesoccorso, telecontrollo, taxi sociale ed altre possibili esperienze a sostegno delle persone anziane.

ARTICOLO 3

Azioni positive e strumenti per evitare l'emarginazione e l'esclusione degli anziani dal contesto sociale di riferimento.

Nello spirito della legislazione regionale, i soggetti contraenti il presente Accordo si impegnano a formulare un programma di lavoro finalizzato alla predisposizione di azioni positive, di progettazioni urbanistiche e residenziali, di attività turistico-ricreative, di servizi: ciò al fine di mantenere, il più a lungo possibile, l'anziano nel proprio contesto sociale.

Sarà compito del S.A.A., in collaborazione anche con i soggetti del III settore e delle organizzazioni sindacali, formulare tale piano programmatico di lavoro.

Articolo 4

Rete dei servizi socio sanitari integrati

Il presente Accordo coinvolge i seguenti servizi:

• **i servizi comunali di Assistenza anziani:**

- 1) servizi di assistenza domiciliare (S.A.D.);
- 2) centri semiresidenziali;
- 3) centri residenziali;
- 4) comunità alloggio, appartamenti/alloggi protetti ed altre tipologie di strutture innovative che si renderanno progressivamente disponibili;
- 5) trasporti sociali;
- 6) telesoccorso, telecontrollo e teleassistenza.

• **i servizi sanitari dell'Azienda U.S.L.:**

- 1) Dipartimento delle Cure Primarie che mette a disposizione:

- equipe infermieristica domiciliare (E.I.D.);
- assistenza medica di base;
- assistenza specialistica e riabilitativa;
- assistenza farmaceutica e protesica;
- trasporti sanitari, secondo le norme vigenti A.U.S.L.;
- posti riservati di sollievo di natura sanitaria collocati prioritariamente presso strutture residenziali aderenti all'Accordo;
- posti di Hospice territoriale, come definiti dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria su proposta dell'Azienda USL.

2) Presidio Ospedaliero di Fidenza e San Secondo.

3) Posti, riservati a cittadini residenti nel Distretto, collocati presso la Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A. situata nel distretto Sud-Est).

4) Consultorio per i Disturbi Cognitivi del Distretto di Fidenza.

5) Assegni di cura.

6) Assistenza invalidi Civili.

• **L'A.S.P. e le strutture distrettuali**, convenzionate con l'Azienda USL, che gestiscono posti di accoglienza presso le Case Protette.

Articolo 5

I destinatari degli interventi compresi nell'Accordo di Programma

I destinatari delle prestazioni e dei servizi ricompresi nel presente Accordo sono gli anziani e gli adulti non autosufficienti, a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche, e le loro famiglie residenti e domiciliati nel territorio del Distretto che, sulla base di un piano assistenziale personalizzato (P.A.I.), sono assistiti dalla rete dei servizi socio - sanitari.

ARTICOLO 6

Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma

a) Gli Enti sottoscrittori del presente Accordo di Programma costituiscono il Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma.

b) Esso è composto da:

1. i Sindaci dei Comuni di: Busseto, Fidenza, Fontanellato, Fontevivo, Noceto, Roccabianca, Salsomaggiore Terme, San Secondo Parmense, Sissa, Soragna, Trecasali, il Presidente dell'Unione civica "Terre del Po" o i loro delegati;

2. i Presidenti dell'ASP "Distretto di Fidenza" e delle Case Protette distrettuali, o i loro delegati, aderenti all'Accordo;

3. il Direttore pro-tempore del Distretto di Fidenza della AUSL di Parma o un suo delegato.

- c) Il Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma è presieduto da uno dei membri di provenienza elettiva nominato da tutti i membri firmatari o loro delegati, in seduta plenaria, tramite voto segreto e con la maggioranza qualificata dei voti ed assume l'incarico di Presidente - Delegato per i rapporti con il S.A.A..
- d) Il Comitato di cui al comma 3 si riunisce, di norma, presso il Comune di Fidenza.
- e) Il Comitato stesso è convocato dal Presidente - Delegato almeno due volte l'anno, in seduta ordinaria, per l'approvazione dei piani di lavoro annuali e pluriennali, per la verifica del lavoro svolto, per la valutazione e l'approvazione del budget annuale e degli investimenti richiesti dal funzionamento e rafforzamento della rete dei servizi.
- f) Il Comitato è inoltre convocato, in seduta straordinaria, dal suo Presidente ogniquale volta se ne riscontri la necessità.
- g) Sono valide le sedute che si svolgono alla presenza di almeno il 50 % + 1 dei membri aventi diritto; sono valide le deliberazioni assunte dalla maggioranza dei 2/3 dei presenti.
- h) Le deliberazioni assunte sono vincolanti per tutti i soggetti aderenti all'Accordo.
- i) I componenti del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma relazionano periodicamente agli organi degli Enti di appartenenza sui programmi e sui risultati dell'Accordo di Programma.
- j) Alle riunioni del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma, che sono pubbliche, partecipano, inoltre, il Responsabile del S.A.A., il Responsabile dell'Ufficio di Piano, il Responsabile del Servizio Sociale dell'ente che esprime il Presidente-Delegato, ed il Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie Distrettuale, senza diritto di voto.
- k) Il Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma potrà avvalersi, per le istruttorie relative ai propri compiti istituzionali, di apposite commissioni tecniche nominate all'uopo dallo stesso Comitato con le modalità deliberative di cui ai commi 7 ed 8 del presente articolo;

ARTICOLO 7

FUNZIONI DEL COMITATO PER L'ATTUAZIONE DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA

Le funzioni del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma sono le seguenti:

- a) indirizzo, programmazione, pianificazione e controllo, nonché vigilanza sull'esecuzione dell'Accordo di Programma;
- b) controllo della operatività del S.A.A. sul piano politico/strategico ed emanazione delle relative linee di indirizzo;
- c) definizione delle risorse e delle condizioni (di personale, spazi e strumenti ivi compreso il sistema informativo) necessarie per l'attuazione degli interventi programmati e pianificati, con individuazione del dettaglio degli oneri a carico di ciascun soggetto aderente all'Accordo nel rispetto della normativa regionale e locale vigente;
- d) promozione dello sviluppo quali-quantitativo dei servizi gestiti dagli Enti firmatari sulla base di indicazioni tecniche fornite dal S.A.A. e verifica della disponibilità delle risorse

necessarie;

- e) sostegno e facilitazione di modalità di relazione e collaborazione tra Servizi ed Istituzioni coinvolti secondo un'ottica di rete e di reciprocità nella logica della integrazione interistituzionale ed operativa;
- f) promozione e sostegno a sperimentazioni ed innovazioni organizzative e di servizio in ordine a nuove tipologie di risposta e di modelli operativi da attivare sulla base delle evidenze provenienti dai singoli servizi o dalle loro modalità relazionali di rapporto reciproco ed integrato;
- g) approvazione di linee di guida e protocolli per le intese con gli Enti gestori di Presidi socio-sanitari e Servizi, definendone a priori i criteri ispiratori;
- h) valutazione dei risultati raggiunti dagli organismi tecnici messi a disposizione dagli Enti firmatari dell'Accordo, dei risultati ottenuti in termini di salute della popolazione destinataria, degli accordi stipulati con erogatori di servizi, compresi negli strumenti dell'Accordo di Programma stesso;
- i) esame e valutazione del programma annuale di attività del S.A.A.;
- j) confronto con le Organizzazioni Sindacali dei Pensionati;
- k) definizione di linee guida che il S.A.A. distrettuale dovrà utilizzare per l'elaborazione di graduatorie di accesso ai servizi della rete;
- l) definizione di ogni altra linea guida che si rendesse necessaria per consentire il recepimento di nuove normative emanate nel corso di validità del presente accordo.

ARTICOLO 8

Compiti e funzioni del Presidente - Delegato del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma

Il Presidente, di cui al comma 3 art. 6 del presente Accordo, dura in carica per il tempo di validità dell'Accordo stesso, salvo decadenza dalla funzione elettiva nell'ente di appartenenza.

Egli ha il compito di:

- a) convocare le sedute del Comitato secondo un regolamento che egli stesso propone entro la III seduta, dal momento della sua elezione;
- b) presiederne lo svolgimento o delegarlo in caso di sua assenza;
- c) rappresentare il Comitato nelle occasioni e nei luoghi istituzionali di rappresentanza o, qualora fosse deputato a farlo espressamente, per conto del Comitato stesso;
- d) curare i rapporti con i vari soggetti firmatari dell'Accordo raccogliendo, eventualmente, le istanze e le richieste di inserimento di punti nell'ordine del giorno delle varie sedute;
- e) curare i rapporti con le organizzazioni di rappresentanza dei

cittadini e degli utenti;
f)mantenere i rapporti con il Responsabile del Servizio Assistenza Anziani e con le eventuali articolazioni distrettuali dell'Azienda USL;
g)fungere da interfaccia tra il Comitato ed il Responsabile del S.A.A..

PARTE SECONDA

SERVIZIO ASSISTENZA ANZIANI

Articolo 9

Definizione del Servizio Assistenza Anziani (S.A.A.)

1. Il Servizio Assistenza Anziani del Distretto è lo strumento tecnico ed organizzativo a supporto del Comitato per l'Accordo di Programma per la programmazione e la gestione dell'integrazione socio-sanitaria nell'ambito di competenza del Comitato.

2. Il funzionamento del S.A.A. è assicurato dalle risorse economiche e dal personale messo a disposizione dai Comuni, dall'Azienda USL, dall'ASP e dalle Case Protette (Fondazione e privato convenzionato). Fermo restando che la spesa per il personale sanitario resta a carico del Fondo Sanitario Regionale, nell'ambito dell'accordo i soggetti aderenti definiscono il riparto della spesa per il funzionamento del Servizio e per la gestione dell'Accordo medesimo.

3. La sede distrettuale del S.A.A. viene individuata presso i locali del Comune di Fidenza, siti in Via Berenini, 151, a Fidenza.

Articolo 10

Funzioni e compiti del Servizio Assistenza Anziani

Il Servizio per il coordinamento e l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie a favore delle persone anziane, punto unico di riferimento per gli anziani in stato di bisogno, ai sensi della L.R. 5/94 e della D.G.R. 1379/99 e ss. mm. ed ii., ha le seguenti funzioni e compiti:

a)assicurare in collaborazione con i servizi del distretto la valutazione della situazione dell'anziano e l'accesso alla rete dei servizi, attivando per bisogni complessi lo strumento tecnico per la valutazione multidimensionale indicato dalle direttive regionali;

b) garantire il coordinato utilizzo della rete dei servizi socio-sanitari tramite la verifica costante delle disponibilità esistenti sul territorio e la gestione dei rapporti amministrativi conseguenti all'Accordo di Programma;

c) ottimizzare la qualità degli interventi tramite anche la individuazione del responsabile di ogni singolo caso;

d) realizzare, congiuntamente al Distretto, il collegamento operativo e le sinergie professionali fra i servizi socio - sanitari integrati e i servizi sanitari del Distretto e del Presidio Ospedaliero di riferimento, al fine di assicurare continuità assistenziale e di cura e appropriata corrispondenza tra bisogni valutati e servizi attivati;

e) monitorare la domanda attuale e potenziale della popolazione anziana residente per offrire indicazioni e progettare - ipotizzare strumenti utili alla programmazione territoriale ed alla corretta allocazione delle risorse oltre che monitorare i tempi di attesa tra attività del S.A.A., valutazione, accesso e fruizione alle diverse tipologie dei servizi;

f) adottare strumenti di comunicazione condivisi tra i diversi attori del sistema e con l'anziano e/o i familiari;

g) raccogliere ed elaborare dati informativi sul bisogno, sulla domanda, sulle attività dell'U.V.G. e dei servizi della rete ed in generale sui servizi per gli anziani presenti sul territorio distrettuale;

h) realizzare programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica della qualità delle prestazioni anche assicurando la consulenza ai servizi;

i) svolgere attività di informazione sui servizi esistenti, sulle modalità ed i criteri di accesso e di funzionamento anche tramite l'utilizzo dei mezzi di comunicazione che possono essere attivati direttamente o attraverso le opportunità fornite dagli Enti firmatari;

j) promuovere ed organizzare, in collaborazione con gli Enti istituzionalmente preposti, le attività di aggiornamento e di formazione del personale della rete e dei *caregivers*, le attività di sostegno alle famiglie, mediante l'attivazione di consulenze psicologiche, assistenziali, giuridico-legali, e mediante la promozione ed il sostegno di gruppi di auto-aiuto;

k) proporre metodologie di individuazione dei criteri uniformi al fine di permettere la definizione dei valori medi dei costi a carico degli anziani per la definizione di regolamenti distrettuali sulla compartecipazione degli utenti alla spesa;

l) promuovere raccordi e confronti periodici con le Associazioni di Volontariato impegnate nell'assistenza agli anziani, nonché con le OOSS rappresentative degli anziani;

m) promuovere ed organizzare, in accordo con il Distretto, le campagne di informazione ed educazione alla salute rivolta alla popolazione anziana ed alle famiglie;

n) interagire con i S.A.A. degli altri Distretti attivi nell'ambito del territorio provinciale, al fine di scambiare informazioni e di sviluppare forme di collaborazione sovradistrettuali.

Articolo 11

Assetto organizzativo del S.A.A.

Il S.A.A. si articola in due livelli:

I. uno centralizzato dove si realizza la programmazione e il coordinamento tra i diversi servizi;

II. uno decentrato, più propriamente operativo, che si realizza nell'attività diretta di contatto con l'utenza in tutti i punti di offerta dei servizi sociali e sanitari.

Il Servizio Assistenza Anziani decentrato per il suo funzionamento si avvale del personale e degli assetti organizzativi dei comuni, i quali saranno integrati da quelli sanitari ai sensi della L.R. 5/94 e ss. mm. e ii.

I compiti principali del Servizio Assistenza Anziani decentrato, espletati dall'Assistente Sociale Responsabile del Caso, sono:

- accoglienza e valutazione di pertinenza della domanda;
- prima valutazione della richiesta ed individuazione della risposta appropriata in tutte quelle situazioni di esclusiva competenza del servizio anziani ed a bassa complessità per la quale il S.A.A. decentrato stesso sarà in rapporto integrato di lavoro con gli operatori sanitari e medici facenti capo ai Nuclei delle Cure Primarie afferenti al Dipartimento delle Cure Primarie distrettuale;
- segnalazione al S.A.A. centrale, per l'attivazione dell'U.V.G., delle situazioni ad elevata complessità ed a rilievo sanitario e sociale.

A. Ufficio di coordinamento

Per il funzionamento del S.A.A. centralizzato e per attuare le linee direttive del presente Accordo, viene istituito il l'Ufficio di Coordinamento del S.A.A., così composto:

- il Responsabile del S.A.A.;
- il funzionario responsabile del Servizio Sociale del comune capo distretto;
- il Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie distrettuale o un suo delegato;
- un rappresentante dei Medici di Medicina Generale;
- gli Assistenti Sociali dei Comuni, singoli o associati;
- i componenti dell'U.V.G.;
- il Coordinatore dei Medici di Diagnosi e Cura delle Case Protette;
- il Coordinatore distrettuale delle attività sanitarie delle Case Protette;
- il Responsabile dell 'Area Anziani dell'A.S.P.;
- il referente dell'Ufficio di Piano;
- il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero di Fidenza - San Secondo Parmense o suo delegato.

A seconda degli argomenti all'ordine del giorno dei lavori dell'Ufficio di Coordinamento stesso, potranno essere invitati esperti, collaboratori o comunque figure professionali ritenute utili per i lavori stessi.

- L'Ufficio di Coordinamento è convocato dal Responsabile del S.A.A. e si incontra, in seduta plenaria, almeno due volte l'anno per la predisposizione del piano di lavoro annuale e per la presentazione del consuntivo dell'attività annuale.
- L'Ufficio di Coordinamento, inoltre, può essere convocato su richiesta del Delegato del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma o sulla base di richieste specifiche e motivate che saranno comunque poste al vaglio del Delegato stesso.
- All'interno dell'Ufficio di Coordinamento si potranno, a seconda delle varie esigenze di lavoro, comporre gruppi o sottogruppi, ristretti e specifici, per competenze e professionalità, con il compito di istruire o sintetizzare elementi di carattere progettuale o di verifica.
- Le modalità di incontro e la cadenza vengono previste da apposito Regolamento.

B. Responsabile S.A.A.

- Il Responsabile del S.A.A. deve garantire una funzione autonoma del Servizio, dipendendo esclusivamente dal Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma ed acquisendo

autonomia dall'eventuale soggetto istituzionale di provenienza e risponde in prima istanza al Presidente - Delegato del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma.

- Ha funzioni di pianificazione e programmazione operativa, coordinamento e verifica delle attività del servizio.
- Assume la responsabilità, in via delegata, delle risorse anche prevedendo l'attivazione dei contratti per l'erogazione degli Assegni di Cura e di altre eventuali risorse assegnate.
- Cura le relazioni, anche in collaborazione con il Delegato del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma, tra il livello politico-amministrativo ed il livello tecnico-operativo dei servizi, avendo il compito di:

- riferire periodicamente al Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma sull'andamento dei servizi anche segnalando eventuali mancate o difformi applicazioni di azioni previste nel programma annuale, evidenziando le specifiche motivazioni e responsabilità;
- sottoporre alla valutazione ed approvazione del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma i piani di lavoro e di sviluppo elaborati dagli organismi del S.A.A. sopracitati;
- tradurre operativamente le linee strategiche generali;
- coordinare l'attività del gruppo degli operatori designati, nonché di sovrintendere alla corretta gestione delle risorse assegnate rispetto alle quali dovrà relazionare al Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma.

- Il Responsabile S.A.A. è nominato, su base fiduciaria, dal Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma, dura in carica, di norma, per la durata di validità dell'Accordo di Programma, salvo revoca motivata. Deve essere in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente per l'accesso a qualifiche tecniche di Responsabilità dei Servizi Sociali negli Enti Locali con esperienza nella gestione dei servizi socio sanitari e del lavoro di rete.

- Al SAA compete la responsabilità del coordinamento tecnico dell'Area Anziani nell'ambito dell'Ufficio di Piano, e dei progetti relativi.

- Il SAA, nel rispetto degli Accordi esistenti:assicura equità di accesso alla rete dei servizi e lo sviluppo equilibrato della rete dei servizi in termini di ampliamento e qualificazione, in quanto le modalità di gestione devono essere orientate al perseguimento di dette finalità. In tale senso anche nella gestione del FRNA si intendono valorizzare funzioni volte a realizzare omogeneità dei criteri di accesso ai servizi ed alle opportunità della rete, l'individuazione di contenuti e livelli qualitativi omogenei per tipologia di servizio/intervento, l'equità sotto il profilo economico a parità di servizi.

- Il Responsabile del S.A.A assicura la gestione unitaria ed integrata delle risorse del FRNA con le risorse assegnate dal

Fondo sociale regionale con la compartecipazione dei Comuni per l'attuazione in forma associata dei Programmi finalizzati;

- garantisce l'effettuazione del monitoraggio sull'utilizzo delle risorse del FRNA in corso d'anno per assicurare il pieno ed efficace impiego del FRNA, la necessaria flessibilità ed adeguamento della programmazione in corso d'anno;
- collabora con l'Azienda USL in qualità di soggetto gestore del FRNA per l'attività di verifica e rendicontazione del contributo a carico del FRNA, strutturando prassi che rispettino il principio di semplicità e non ridondanza delle strutture e dei percorsi amministrativi per la gestione delle risorse del FRNA;
- propone all'Ufficio di Piano le variazioni necessarie in corso d'anno al piano delle Attività per la Non Autosufficienza, in ottemperanza al principio della necessaria flessibilità ed adeguamento della programmazione in corso d'anno.

Articolo 12

RISORSE del Servizio Assistenza Anziani Distrettuale

1. Per la durata del presente Accordo di Programma l'organico di base, salvo la possibilità e necessità di procedere ad integrazioni e modifiche derivanti da comprovate esigenze di carattere organizzativo e funzionale, assegnato al S.A.A. Distrettuale è così composto:

- 2.n.1 Responsabile S.A.A. per un impegno settimanale di 36 ore;
- 3.n.2 figure amministrative a tempo pieno.

PARTE TERZA

STRUMENTI OPERATIVI

Articolo 13

Premessa: la funzione di valutazione

La valutazione multidimensionale dell'anziano comporta la definizione, per ciascuno, di un Progetto individualizzato di vita e di cure che prevede la costruzione di un pacchetto personalizzato di interventi ed opportunità, in relazione alle condizioni, ai bisogni ed alle scelte dell'anziano, della sua famiglia o dei care givers informali.

La finalità principale della valutazione è quella di avvicinare la cura, e quindi la risposta, ai bisogni del singolo anziano e della sua famiglia ed è pertanto orientata alla predisposizione, attuazione e verifica di un piano di assistenza personalizzato finalizzato a massimizzare la coerenza fra domanda e risposta assistenziale.

La funzione di valutazione, inoltre, contribuisce a creare un osservatorio privilegiato atto a fornire un quadro della complessiva situazione socio sanitaria della popolazione anziana

e dei suoi effettivi bisogni. Ciò può essere oltremodo utile al fine di garantire una operatività basata sull'integrazione con il S.A.A. che permetta al medesimo di studiare ed approntare proposte di linee di indirizzo e programmazione e pianificazione di carattere innovativo improntate dalla conoscenza in tempo reale dei bisogni emergenti.

La attività di valutazione può essere svolta:

- a livello del Nucleo di Cure Primarie da parte dei professionisti che in tale articolazione funzionale della rete operano (Assistente Sociale Responsabile del Caso , Medico di Medicina Generale, operatori sanitari dell'Azienda USL).
- a livello centralizzato (definibile come II livello di complessità) da parte dell'Unità di Valutazione Geriatrica in collaborazione con le altre figure (M.M.G. ed Assistente Sociale per le funzioni delegate e/o Responsabile del Caso).

Articolo 14

Nuclei delle Cure Primarie (N.C.P.)

1. Nel Distretto di Fidenza, sulla base di criteri demografici e sociali sono stati attivati e sono attualmente operativi i seguenti N.C.P. che erogano ai cittadini il complesso delle cure primarie:

- N.C.P. di Fidenza
- N.C.P. di Salsomaggiore Terme
- N.C.P. di Noceto
- N.C.P. di Fontanellato (comuni di Fontanellato, Fontevivo e Soragna)
- N.C.P. di Busseto (comuni di Busseto, Polesine Parmense e Zibello)
- N.C.P. di San Secondo Parmense (comuni di San Secondo Parmense, Roccabianca, Trecasali e Sissa)

2. I Nuclei delle Cure Primarie sono composti dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di libera scelta e dagli altri operatori professionali che sono: assistente sanitaria, infermiere professionale, farmacista, assistente sociale, educatore professionale, addetto all'assistenza di base, ostetrica, terapeuta della riabilitazione. Essi operano su progetti o programmi definiti e per specifici piani assistenziali. A livello del N.C.P. si realizza, pertanto, l'integrazione professionale e operativa delle diverse figure, indipendentemente e nel rispetto delle strutture organizzative di appartenenza, siano esse articolazioni del SSR o dei Comuni.

3. La collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie viene assicurata da apposito protocollo.

Articolo 15

L'assistente sociale responsabile del caso

1. E' funzione prevista dalle normative vigenti ed è chiamata ad accompagnare l'anziano, la sua famiglia e gli eventuali altri care givers lungo l'intero percorso assistenziale, attivando i ruoli, gli organismi ed i servizi necessari per la valutazione e la gestione della domanda e la eventuale gestione della risposta di cura erogata.

2. L'assistente sociale, quando il progetto individualizzato di vita e di cure prevede contemporaneamente interventi socio - assistenziali e sanitari, si integra con il M.M.G. e con tutte le figure professionali comprese nell'organizzazione dei Nuclei delle Cure Primarie afferenti al Dipartimento delle Cure Primarie distrettuale e documenta l'attività in un'unica cartella socio - sanitaria.

3. Tramite la propria attività il "Responsabile del Caso" concorre al perseguimento delle finalità proprie del S.A.A. ed in particolare per:

- monitorare la domanda attuale e potenziale della popolazione anziana residente per offrire indicazioni alla programmazione territoriale ed alla corretta allocazione delle risorse;
- segnalare le priorità dei programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- garantire l'informazione sui servizi esistenti sul territorio, sulle modalità e sui criteri di accesso;
- segnalare i bisogni di aggiornamento che emergono come prioritari dal costante rapporto con i servizi della rete, con una attenzione particolare ai bisogni degli anziani e delle loro famiglie.

4. Inoltre il "Responsabile del Caso" ha uno specifico ruolo per:

- garantire la coerenza fra bisogni, domanda ed offerta dei servizi all'assistito, attraverso l'attivazione delle relazioni con l'anziano e la famiglia, la valutazione di primo livello congiuntamente con le altre figure professionali coinvolte, la partecipazione al programma di assistenza, l'accesso ai servizi (in caso di bisogni non complessi e di immediata accessibilità) o l'attivazione degli organismi di valutazione di livello più complesso, la verifica dell'attuazione degli interventi previsti dai Progetto individualizzato di vita e di cure, la proposta di rivalutazione da parte dell'U.V.G. e l'adeguamento dei piani di assistenza personalizzati in relazione ai mutati bisogni dell'anziano;
- garantire integrazione con i ruoli professionali coinvolti, a seconda della complessità del caso;
- mantenere e sviluppare relazioni professionali ed operative

con i servizi della rete integrata socio sanitaria e con i servizi sanitari al fine di incrementare la continuità nell'azione di assistenza agli anziani ed alle famiglie.

5. Il "Responsabile del Caso" è chiamato ad assumere un rilevante ruolo nella prima valutazione della domanda in particolare in considerazione del processo di semplificazione delle procedure burocratiche, amministrative ed assistenziali.

6. L'assistente sociale nel caso in cui sia identificato come unico responsabile operativo del progetto individualizzato di vita e di cure deve assicurare la conformità delle attività al programma assistenziale e la comunicazione con la famiglia

Articolo 16

Unità di valutazione geriatrica (U.V.G.)

1. L'U.V.G. è una articolazione dell'Azienda USL, afferente al Dipartimento delle Cure Primarie. L'U.V.G. viene messa a disposizione del S.A.A. quale strumento tecnico, in attesa dei documenti applicativi della L.R. 2/2003 e della L.R. 27/2005, al fine di valutare i bisogni socio-assistenziali degli anziani non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza e degli adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle cercatrice.

2. L'U.V.G. definisce per ciascun anziano, previa raccolta del consenso informato e con l'eventuale coinvolgimento della famiglia, il Progetto individualizzato di vita e di cure, in raccordo con il Medico di Medicina Generale e/o con l'Assistente Sociale Responsabile del Caso in tutte quelle situazioni in cui per particolare complessità del caso l'U.V.G. ne richieda l'intervento diretto. In relazione alla richiesta, l'U.V.G. può essere integrata da altre competenze mediche specialistiche messe a disposizione all'occorrenza dal Dipartimento delle Cure Primarie e/o da altre articolazioni dell'A.U.S.L. L'U.V.G. documenta la propria attività al domicilio nella cartella socio - sanitaria integrata.

3. L'attivazione dell'U.V.G. consente, in accordo con il S.A.A., l'accesso e l'utilizzo della rete dei servizi socio-sanitari quali: Casa Protetta (C.P.), Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.), Assegno di Cura, Centro Diurno (C.D.), Appartamenti Protetti ed Alloggi con servizi e Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.)

4. L'U.V.G. si raccorda con l'Unità Operativa Ospedaliera per le dimissioni protette. Definisce per ciascuno anziano il Progetto individualizzato di vita e di cure sulla base di una valutazione multidimensionale, in collaborazione con il Medico di Medicina Generale, l'Assistente Responsabile del Caso e i Sanitari del Reparto al fine di garantire la continuità assistenziale. Per i pazienti che devono essere dimessi da strutture Ospedaliere extra distretto le dimissioni devono essere inviate al S.A.A. che provvederà ad attivare le U.V.G. di competenza.

- 5.L'U.V.G. concorda con il S.A.A. le eventuali diverse destinazioni dell'anziano nella rete dei servizi sulla base della revisione periodica dei Piani Assistenziali Individualizzati e tenuto conto dell'evoluzione del bisogno.
- 6.L'U.V.G. provvede alla certificazione di non autosufficienza della persona anziana e degli adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche.
- 7.L'U.V.G. fornisce consulenza specialistica e supporto decisionale alle figure professionali coinvolte nei Progetti Personalizzato di vita e di cura, ovvero Assistenti sociali, Medici di Medicina Generale.
- 8.Svolge funzioni di supporto e qualificazione dei servizi della rete tramite la diffusione di un corretto approccio geriatrico e gerontologico favorendo la adozione di linee di guida o raccomandazioni assistenziali

Articolo 17

I Medici di Medicina Generale

- 1.Il presente Accordo di Programma prende atto dei contenuti dell' Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale e degli accordi decentrati regionali e locali tra le rappresentanze sindacali dei Medici di Medicina Generale e la Regione Emilia Romagna e l'Azienda USL di Parma.
- 2.Il Medico di Medicina Generale (M.M.G.), nelle cui liste di convenzione l'assistito è iscritto, è il responsabile terapeutico.
- 3.Il M.M.G., quando il progetto individualizzato di vita e di cure prevede contemporaneamente interventi socio - assistenziali e sanitari, si integra con l'Assistente Sociale Comunale Responsabile del Caso e con tutte le figure professionali comprese nell'organizzazione dei Nuclei delle Cure Primarie afferenti al Dipartimento delle Cure Primarie distrettuale e documenta l'attività in un'unica cartella socio - sanitaria .
- 4.Il ruolo del Medico di Medicina Generale si attua attraverso:
 - a.l'assunzione della responsabilità complessiva in ordine alla tutela della salute degli assistiti che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi e di educazione sanitaria;
 - b.la predisposizione dell'inquadramento clinico dell'anziano e, in collaborazione con le altre figure professionali che egli ritenesse necessarie, il relativo progetto assistenziale;
 - c.la partecipazione agli incontri con gli Operatori sociali e sanitari del Nucleo di Cure Primarie al fine di assicurare la valutazione multidimensionale dell'anziano, programmare, attuare e verificare i P.A.I. ed evidenziare le criticità emergenti;
 - d.la partecipazione alle iniziative di aggiornamento specifico sui temi concernenti l'assistenza agli anziani, nell'ambito dei programmi promossi dal S.A.A.;
 - e.la partecipazione all'attività di informazione, formazione e

consulenza nei confronti dei familiari degli anziani;
f. la assunzione della responsabilità del caso nell'assistenza domiciliare ad alta intensità sanitaria per assicurare la conformità delle attività al programma assistenziale e la comunicazione con la famiglia.

Articolo 18

L'Infermiere Professionale del Servizio Infermieristico Domiciliare

1. L'Infermiere Professionale del Servizio Infermieristico Domiciliare, figura fornita alla rete dei servizi dal Dipartimento delle Cure Primarie Distrettuale, è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

2. L'Infermiere Professionale., quando il progetto individualizzato di vita e di cure prevede contemporaneamente interventi socio - assistenziali e sanitari, si integra con il M.M.G, l'Assistente Sociale Comunale Responsabile del Caso e con tutte le figure professionali comprese nell'organizzazione dei Nuclei delle Cure Primarie afferenti al Dipartimento delle Cure Primarie distrettuale e documenta l'attività in un'unica cartella socio - sanitaria

3. Le principali funzioni dell'Infermiere Professionale, ai sensi del D.M. 739/94 e della D.G.R. 124/99 sono:

- partecipare all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività anche con obiettivi di educazione sanitaria e prevenzione;
- identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formulare i relativi obiettivi nei confronti del singolo assistito in ogni Piano Assistenziale Individualizzato;
- pianificare, gestire e valutare, individualmente e/o in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, l'intervento assistenziale infermieristico;
- garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- avvalersi, per l'espletamento delle funzioni, dell'opera del personale di supporto;
- assumere la responsabilità del caso nell'assistenza domiciliare a media intensità sanitaria, per assicurare la conformità delle attività al programma assistenziale e la comunicazione con la famiglia.

Articolo 19

Il Responsabile Organizzativo dell'Assistenza Domiciliare (R.O.A.D.)

1. Il Responsabile Organizzativo dell'Assistenza Domiciliare è figura fornita alla rete dei servizi dal Dipartimento delle Cure Primarie Distrettuale

2. Assicura l'organizzazione della erogazione delle cure domiciliari sanitarie, perseguendo la continuità assistenziale e l'integrazione tra professionisti e la qualità degli interventi in ottemperanza ai contenuti delle mansioni di committenza contenute nel Programma delle Attività Territoriali formulato dal Direttore del Distretto, utilizzando ove possibile gli strumenti del governo clinico.

3. Le principali funzioni del R.O.A.D., ai sensi della D.G.R. 124/99, sono:

- concordare con il responsabile del Dipartimento delle Cure Primarie le risorse necessarie per le attività assistenziali;
- pianificare con i Nuclei delle Cure Primarie, l'attività in relazione ai bisogni rilevati e le risorse disponibili e predisporre con loro le verifiche della rispondenza dell'attività agli obiettivi prefissati;
- garantire l'integrazione con le unità operative distrettuali, ospedaliere, degli Enti locali ed assicurare l'organizzazione delle cure domiciliari all'interno di percorsi strutturati;
- attivare e garantire l'applicazione degli specifici protocolli operativi concordati con i M.M.G. e con il S.A.A.;
- garantire corretta attuazione della componente infermieristica e specialistica dei P.A.I. anche attraverso il coinvolgimento dei professionisti sulla base della efficacia, efficienza, appropriatezza degli interventi;
- promuovere momenti formativi rivolti ai componenti dei Nuclei delle Cure Primarie;
- promuovere forme di trasmissione delle informazioni a tutti i soggetti che interagiscono con lo Sportello Unico per l'accesso.

ARTICOLO 20

IL COORDINAMENTO DELL'ATTIVITA' MEDICA NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Come previsto dalla D.G.R. 1378/99, l'Azienda USL, al fine di promuovere il coordinamento e la qualificazione dell'assistenza medica nelle strutture residenziali, individua nell'ambito del distretto ed in relazione al numero delle strutture e dei posti disponibili, almeno un medico responsabile del coordinamento dell'attività medica nelle strutture residenziali.

Il responsabile medico di distretto delle strutture residenziali, in costante rapporto con il S.A.A.:

- a) promuove e realizza linee di guida diagnostiche, terapeutiche e riabilitative per le patologie prevalenti;
- b) definisce percorsi specialistici integrati con i presidi ospedalieri ed i poliambulatori specialistici;

- c) si collega con il competente servizio dell'AUSL in merito alle attività di vigilanza igienico-sanitaria e all'adozione di eventuali misure di prevenzione;
- d) verifica l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria erogata globalmente.

ARTICOLO 21

COORDINAMENTO DISTRETTUALE DELLE ATTIVITA' SANITARIE

Il Coordinamento delle Attività Sanitarie è funzione prevista dalla D.G.R. 1378/1999 e si estrinseca attraverso il governo qualitativo dell'assistenza e il coordinamento tecnico-professionale dell'assistenza infermieristica.

Il Coordinamento delle Attività sanitarie, che include anche il Coordinamento Tecnico Professionale dell'Assistenza Infermieristica, prevede:

- a) il coordinamento organizzativo delle attività sanitarie;
- b) il coordinamento del personale infermieristico e riabilitativo;
- c) l'individuazione delle soluzioni logistiche e delle modalità organizzative per l'effettuazione delle visite specialistiche;
- d) la promozione di incontri di verifica dell'attività svolta;
- e) la promozione di progetti di valutazione sulla qualità dell'assistenza;
- f) la partecipazione alla elaborazione di linee di guida e raccomandazioni diagnostiche ed assistenziali.

Il Coordinamento Tecnico Professionale dell'Assistenza Infermieristica implica un livello di responsabilità a carico dei Distretti e si esprime attraverso il governo della qualità dell'assistenza infermieristica.

A livello distrettuale è previsto un unico coordinamento affidato a personale di dirigenza infermieristica, pur non escludendo la possibilità, qualora venisse avanzata la proposta, di propendere per le diverse opzioni previste dalla normativa vigente.

PARTE QUARTA

SERVIZI DELLA RETE

Articolo 22

Accesso alla rete dei servizi

1. Accedono alla rete dei servizi i soggetti aventi titolo, residenti nel Distretto, secondo quanto previsto dal presente Accordo di Programma nei successivi articoli.

2. In subordine, per le persone non residenti nel Distretto ma residenti in ambito regionale secondo le seguenti procedure:

a) per le strutture residenziali, semiresidenziali e R.S.A., l'Assistente Sociale Responsabile del Caso del comune di domicilio dell'anziano trasmette la domanda di valutazione al Servizio Assistenza Anziani del Distretto. L'U.V.G. distrettuale effettua la valutazione che sarà trasmessa al Servizio Assistenza Anziani di residenza per l'autorizzazione all'accesso al servizio.

b) per i servizi territoriali l'Assistente Sociale Responsabile del Caso del comune di domicilio dell'anziano trasmette la domanda di valutazione del progetto individualizzato di vita e di cura al Servizio Assistenza Anziani del Distretto. L'U.V.G. distrettuale approva il Piano Assistenziale di Vita e di Cure e lo trasmette al Servizio Assistenza Anziani di residenza per l'autorizzazione all'accesso al servizio.

c) per gli assegni di cura i destinatari dell'intervento di contribuzione sono:

- le famiglie che nel territorio regionale mantengono l'anziano certificato non autosufficiente nel proprio contesto;
- Le famiglie che, in attuazione delle finalità indicate dal comma 1° comma dell'art. 13 della L.R. 5/94 accolgono nel proprio ambito l'anziano solo;
- l'anziano stesso quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
- l'amministratore di sostegno.

Il contributo è erogato dal Distretto di residenza dell'anziano secondo le normative vigenti.

Articolo 23

Attivazione di interventi in forma congiunta

1. La elaborazione di progetti a favore di anziani non autosufficienti, o di adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche, che presentano problematiche afferenti a più servizi (D.S.M., Ser.T.) deve essere affrontata, valutata e gestita congiuntamente fra i servizi interessati.

2. Opportune sedi di valutazione pluridisciplinare rispetto a situazioni multiproblematiche saranno, di volta in volta, predisposte a cura dell'U.V.G. che risulterà quindi integrata dalle competenze specialistiche ritenute necessarie per una gestione appropriata del caso.

3. L'Ufficio di Piano, attraverso i componenti referenti per materia, garantisce percorsi assistenziali integrati attraverso l'elaborazione di protocolli operativi.

Articolo 24

Casa protetta

1. La casa protetta, ai sensi delle disposizioni di cui alla D.G.R. 564/2000, è una struttura socio-sanitaria a carattere residenziale, destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non assistibili nel proprio ambiente familiare, non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere.

2. Gli oneri a rilievo sanitario per gli anziani non autosufficienti ospiti di strutture residenziali sono definiti dalla D.G.R. 1378/99, c.3 art. 4, e ss. mm ed ii., e correlati alla intensità di cura necessaria ad assicurare idonee risposte assistenziali.

3. In base alla classificazione degli ospiti di ogni struttura, l'Azienda USL determina l'onere a rilievo sanitario medio per ogni struttura, mediante media ponderata;

4. L'Ufficio di Piano, attraverso il Responsabile S.A.A. concorda con l'Ente gestore o con l'ASP il livello minimo di servizi e i parametri di qualità correlati, che lo stesso si impegna ad erogare.

5. In relazione ai posti autorizzati nel complesso delle strutture convenzionate presenti sul territorio distrettuale, viene previsto il rispetto di appositi protocolli per l'accesso predisposti dal S.A.A., ratificati ed approvati dal Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma.

6. Sulla base della valutazione multidimensionale si determina la posizione dell'anziano per l'accesso alle singole case protette, salvo i casi di urgenza per i quali vige una gestione della domanda su base distrettuale.

7. L'autorizzazione amministrativa all'inserimento è rilasciata

dal S.A.A. su disposizione dell'U.V.G. ,sulla base di protocolli già approvati, previa autorizzazione del Comune di residenza e con dichiarazione di espresso accollo dei relativi oneri, nei casi previsti dalla legge e dai regolamenti dei rispettivi Enti Locali, qualora l'anziano ed i suoi familiari non siano in grado di far fronte autonomamente alla retta prevista.

8.I rapporti di carattere giuridico-economico e di carattere qualitativo dei servizi sono regolati da apposite convenzioni stipulate fra l'Azienda USL, in qualità di ente gestore dell'F.R.N.A. dal punto di vista amministrativo tecnico-contabile, l'ASP, gli Enti Gestori ed i Comuni.

ARTICOLO 25

APPARTAMENTI/ALLOGGI PROTETTI

1.Gli appartamenti protetti si caratterizzano come unità abitative indipendenti per persone singole o per coppie, aggregati in modo da consentire ai residenti la eventuale fruizione di servizi collettivi e spazi comuni (sala da pranzo, soggiorno, lavanderia ecc.) e provvisti di una sorveglianza continua sulle 24 ore attuata in modo autonomo o tramite collegamento diretto con altre tipologie di servizi comunitari (Casa Protetta, R.S.A.).

Progettati e attrezzati in modo da garantire la massima conservazione delle capacità e dell'autonomia della persona, la tutela della privacy, il mantenimento dei rapporti familiari e amicali, la conservazione delle abitudini e degli interessi di vita, gli alloggi protetti si pongono l'obiettivo di evitare il più possibile l'istituzionalizzazione dell'anziano.

2.Destinatari degli appartamenti protetti sono gli anziani in condizioni di ridotta autonomia ai quali possa essere garantita l'attuazione del Piano Assistenziale proposto dall'U.V.G. attraverso l'utilizzo coerente ed integrato delle risorse interne ed esterne.

3.Il percorso viene attivato su proposta dell'Assistente Sociale Responsabile del Caso del comune, la quale inoltra la domanda al S.A.A. al fine di attivare la valutazione dell'U.V.G.

4.L'accesso agli appartamenti protetti sarà gestito dal S.A.A. centrale, garantendo l'accesso prioritario ai residenti del comune in cui sono ubicati gli alloggi, attraverso la predisposizione di appositi protocolli.

5.Gli eventuali oneri derivanti da prestazioni socio-assistenziali da imputare al Fondo Regionale della Non Autosufficienza relativamente ai posti, eventualmente, convenzionati e da corrispondere all'Ente gestore saranno definiti in sede di Comitato di Distretto secondo quanto previsto dall'art. 51 della L.R. n. 27 del 23.12.2004.

Articolo 26

Centro diurno

1. Il centro diurno, ai sensi delle disposizioni di cui alla D.G.R. 564/2000, è una struttura semiresidenziale socio-sanitaria destinata ad anziani con diverso grado di non autosufficienza che ha tra le proprie finalità quella di offrire un sostegno ed un aiuto all'anziano ed ai suoi caregivers ed il potenziare, mantenere e/o compensare abilità e competenze relative alla sfera dell'autonomia, dell'identità e dell'orientamento spazio temporale, della relazione interpersonale e della socializzazione.

2. Gli oneri derivanti da prestazioni socio-assistenziali da imputare al Fondo Regionale della Non Autosufficienza relativamente ai posti convenzionati e da corrispondere all'Ente che gestisce il servizio sono individuati ai sensi del comma 2 dell'art. 4 della D.G.R. 1378/99 e successive modifiche ed integrazioni.

3. Gli oneri vengono riconosciuti anche per gli utenti inseriti a tempo parziale (presenza al mattino o al pomeriggio secondo quanto stabilito nelle diverse convenzioni tra l'azienda USL e gli enti gestori delle rispettive strutture) se certificati non autosufficienti e dotati di un Piano Assistenziale di vita e di cura concordato con il M.M.G. ed i familiari, fino a completa copertura dei posti convenzionati.

4. Le Aziende USL assicurano un'assistenza infermieristica e riabilitativa in relazione a quanto previsto nei Piani Individuali di Assistenza.

5. I rapporti di carattere giuridico-economico e di carattere qualitativo dei servizi sono regolati da apposite convenzioni stipulate fra l'Azienda USL, in qualità di ente gestore del F.R.N.A. dal punto di vista amministrativo tecnico-contabile, l'A.S.P., gli Enti Gestori ed i Comuni.

Articolo 27

assistenza domiciliare INTEGRATA

1. Il Servizio di Assistenza Domiciliare integrata è un servizio della rete che eroga prestazioni assistenziali sociali ed a rilievo sanitario ad anziani o adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche, favorendo la permanenza al domicilio della persona ed il sostegno ai care-givers.

Garantisce un approccio integrato tra i diversi livelli degli Enti Locali e dei Servizi Sanitari e un sistema di offerta dei servizi caratterizzato dall'accompagnamento e la presa in cura della persona attraverso la formulazione di un piano integrato di vita e di cura

2. L'Ufficio di Piano nel predisporre il piano di utilizzo del FRNA, si coordina con l'AUSL per il rimborso degli oneri

socio-assistenziali da corrispondere all'Ente che gestisce il servizio; tali oneri sono determinati nel rispetto dei parametri della D.G.R. 1206/07.

3. In caso di mancato utilizzo da parte di un Comune delle risorse assegnate sulla base dei parametri definiti in Sede di Comitato per l'Accordo di Programma, il S.A.A. distrettuale provvederà a verificare la possibilità di attribuire i contributi relativi agli altri Comuni.

4. I rapporti di carattere giuridico-economico e di carattere qualitativo dei servizi sono regolati da apposite convenzioni stipulate fra l'Azienda USL, in qualità di ente gestore del F.R.N.A. dal punto di vista amministrativo tecnico-contabile, l'A.S.P., gli Enti Gestori ed i Comuni.

Articolo 28

Assegno di cura

1. L'assegno di cura, ai sensi della D.G.R. 1377/99 e ss. mm ed ii., è un intervento di contribuzione economica del quale sono destinatari le famiglie che nel territorio regionale mantengono l'anziano valutato non autosufficiente nel proprio contesto e che ad esso garantiscono direttamente, o avvalendosi per alcune attività dell'intervento di altre persone non appartenenti al nucleo familiare, prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario, nell'ambito di un complessivo programma di assistenza domiciliare integrata, definito dall'Unità di Valutazione Geriatrica.

Alle stesse condizioni sono destinatari del contributo economico:

- Le famiglie che, in attuazione delle finalità indicate dal 1° comma dell'art. 13 della L.R. 5/94 accolgono nel proprio ambito l'anziano solo;
- Altri soggetti che con l'anziano mantengono consolidati e verificabili rapporti di cura anche se non legati da vincoli familiari;
- L'anziano stesso quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
- L'amministratore di sostegno, come da finalità previste dalla legge n. 6 del 9 gennaio 2004.

2. Il contributo è erogato dal Distretto di residenza dell'anziano.

3. L'entità del contributo economico, ai sensi della D.G.R. 2686/04 è in relazione alla gravità della condizione di non autosufficienza dell'anziano, alle sue necessità assistenziali ed alle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario che la famiglia e/o i soggetti indicati al precedente punto 1 si impegnano a garantire.

4. Il regolamento per l'erogazione degli Assegni di Cura è proposto, a cura del S.A.A., al Comitato per l'attuazione dell'Accordo di Programma che ne ratifica ed approva la adozione

e le sue eventuali modificazioni.

PARTE QUINTA

ELEMENTI INNOVATIVI DELL'OFFERTA DI SERVIZI

Articolo 29

ELEMENTI INNOVATIVI

Sulla base di progetti e realizzazioni di forme assistenziali innovative derivanti da modificazioni della normativa regionale e locale, dalle loro applicazioni correlate al bisogno emergente e corrispondenti alle necessità nuove degli anziani e dei loro caregivers, sarà possibile l'attivazione ed il correlato convenzionamento, entro parametri e modalità standard da definirsi di volta in volta all'interno del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma, tenuto conto della programmazione determinata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e delle risorse disponibili.

PARTE SESTA

NORME TRANSITORIE E FINALI

Articolo 30

Oneri

Gli Enti Sottoscrittori ripartiranno la spesa per la gestione dei servizi di cui al presente Accordo di Programma, applicando pienamente le D.G.R. 1377, 1378 e 1379 dell'anno 1999 e ss. mm

ed ii., in materia di servizi per gli anziani, la Direttiva Regionale 1637/1986 per l'identificazione degli interventi sociali a rilievo sanitario a carico del F.S.R. e le D.G.R. 124/1999 e 309/2000 sulle modalità organizzative dei servizi integrati per l'erogazione di servizi sanitari.

I costi, su base annuale, di funzionamento del S.A.A. saranno ripartiti fra gli Enti Sottoscrittori secondo il seguente criterio: 80% ai Comuni in modo proporzionale alla popolazione >75 enne al 1° gennaio dell'anno precedente all'esercizio di funzionamento, il 20% a carico delle strutture aderenti all'Accordo in modo proporzionale al numero dei posti convenzionati al 1° gennaio dell'anno precedente all'esercizio di funzionamento, le spese di gestione dell'ufficio (utenze, pulizie etc.) sono a carico dell'Azienda U.S.L. di Parma, distretto di Fidenza.

Le quote così determinate verranno corrisposte in due tranches: la prima pari al 75 % entro il 30 giugno, il saldo del 25 % entro il 31 dicembre.

Il Comune il cui rappresentante svolge le funzioni di Presidente - Delegato del Comitato per l'Accordo di Programma assume l'onere a nome di tutti e provvede agli aspetti amministrativi e contabili del funzionamento del S.A.A. A questo scopo predispone, entro il 30 novembre di ogni anno, un quadro dei costi preventivi del S.A.A. relativo all'esercizio successivo ed entro il 28 febbraio un quadro dei costi a consuntivo.

Gli oneri per il personale sanitario dell'A.U.S.L. sono a carico della medesima così come previsto dalla L. R. 5/94 art. 15, comma 3.

Articolo 31

Durata dell'Accordo di programma

Il presente Accordo di Programma decorre dal 1 gennaio 2009 ed ha validità triennale, fatta salva la necessaria revisione in sede di Comitato di Distretto qualora venissero pubblicate direttive specifiche o se ne ritenesse necessaria la modifica sulla base di eventuali mutamenti degli assetti territoriali e demografico-sociali del Distretto ovvero di eventuali mutamenti circa la composizione numerica o la natura giuridica degli enti contraenti.

L'Accordo potrà essere prorogato nei contenuti per volontà unanime degli aderenti da dichiararsi almeno 2 mesi prima della scadenza per tempi da concordarsi e non potrà essere modificato durante la sua vigenza se non per consenso unanime dei sottoscrittori.

Articolo 32

Estensione dell'Accordo di Programma

Gli Enti sottoscrittori convengono sull'opportunità di associare al perseguimento degli obiettivi oggetto del presente Accordo, attraverso specifici protocolli di intesa, convenzioni ed accordi, le Organizzazioni del Volontariato, le Associazioni degli anziani e/o dei loro familiari, le rappresentanze dell'utenza in generale, i soggetti del settore no-profit ed i privati gestori di servizi socio-sanitari.

Articolo 33

Recesso dall'Accordo di programma

Ciascuno dei soggetti aderenti all'Accordo potrà recederne dall'inizio di ogni anno solare, purché comunichi la sua volontà a tutti gli altri con almeno sei mesi di anticipo.

Il recedente resterà obbligato per gli oneri a lui incombenti fino al termine dell'anno antecedente quello da cui diviene efficace il recesso.

Articolo 34

Risoluzione di controversie

La risoluzione delle controversie sull'interpretazione ed applicazione dell'Accordo, che non possano essere composte dal Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma di Attuazione, sarà demandata ad un collegio di almeno 3 arbitri esperti in giurisprudenza, finanza, organizzazione dei servizi socio sanitari designati dal Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma.

In caso di dissenso circa uno o più degli arbitri, dal Presidente del Tribunale di Parma, sezione distaccata di Fidenza.

Si applicheranno al procedimento ed al giudizio arbitrale le disposizioni del codice di Procedura Civile.

IL SINDACO DEL COMUNE DI BUSSETO LUCA LAURINI	
IL SINDACO DEL COMUNE DI FIDENZA GIUSEPPE CERRI	
IL SINDACO DEL COMUNE DI FONTANELLATO MARIA GRAZIA GUARESCHI	
IL SINDACO DEL COMUNE DI FONTEVIVO MASSIMILIANO GRASSI	
IL SINDACO DEL COMUNE DI NOCETO FABIO FECCI	
IL SINDACO DEL COMUNE DI ROCCABIANCA GIORGIO QUARANTELLI	
IL SINDACO DEL COMUNE DI SALSOMAGGIORE TERME MASSIMO TEDESCHI	
IL SINDACO DEL COMUNE DI SAN SECONDO PARMENSE ROBERTO BERNARDINI	
IL SINDACO DEL COMUNE DI SISSA ANGELA FORNIA	
IL SINDACO DEL COMUNE DI SORAGNA GIOVANNI CATTENATI	
IL SINDACO DEL COMUNE DI TRECASALI NICOLA BERNARDI	
IL PRESIDENTE DELL' UNIONE CIVICA "TERRE DEL PO" ANDRE CENSI	
IL DIRETTORE DEL DISTRETTO DI FIDENZA AZIENDA USL DI PARMA MARIA ROSA SALATI	
IL PRESIDENTE DELL'ASP DISTRETTO DI FIDENZA FRANCESCO MEDURI	
IL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE A.PALLAVICINO DI BUSSETO ANGELO CAFFARRA	
IL RAPPRESENTANTE DELLA PARROCCHIA SAN MICHELE ARCANGELO DON GIORGIO MASINI	

FATTO IN FIDENZA OGGI..... IN UNICO ORIGINALE.

Letto, confermato e sottoscritto

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO
F.to Dr. Luca Laurini

IL SEGRETARIO COMUNALE
F.to Granelli Dr.Ssa Roberta

ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA PUBBLICAZIONE

Si attesta:

che copia della presente deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio del Comune il : 20 gennaio 2009 ed ivi rimarrà per 15 giorni consecutivi.

Il Segretario Comunale
F.to Granelli Dr.ssa Roberta

ESECUTIVITA'

La presente deliberazione:

è divenuta esecutiva il 01/02/2009 ai sensi dell'art. 134, comma 3°, del T. U. - D. Lgs. 18 agosto 2000 n. 267 s.m..

Copia conforme all'originale, in carta libera per uso amministrativo.

Li, _____

Il Segretario Comunale
Granelli Dr.ssa Roberta
