

**PROTOCOLLO D'INTESA
FINALIZZATO ALL'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI A SOSTEGNO DELLA
LUNGOASSISTENZA DOMICILIARE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI.**

L'anno duemilanove, il giorno ___ del mese di _____ in Collegno presso la sede della direzione dell'ASL TO3

TRA

L'Azienda Sanitaria Locale TO 3, (P.I. 02704350012) in seguito denominata A.S.L. TO3 e per essa i Direttori dei Distretti di Collegno, Rivoli, Giaveno, Susa, Orbassano, Venaria, Pinerolo, Val Pellice e Val Chisone domiciliati ai fini del presente atto la presso la sede dell'A.S.L. TO3 Via Martiri XXX Aprile n. 30 – Collegno (TO)

E GLI ENTI GESTORI

C.I.S.A.P. (Consorzio Intercomunale Servizi alla Persona) di Grugliasco, C.I.S.A. (Consorzio Intercomunale Socio-Assistenziale) di Rivoli, Comunità Montana Val Sangone di Giaveno, Con.I.S.A. (Consorzio Intercomunale Socio Assistenziale "Valle Susa") di Susa, C.I.di.S. (Consorzio Intercomunale di Servizi) di Orbassano, C.I.S.S.A. (Consorzio Intercomunale dei servizi Socio-Assistenziali) di Pianezza, C.I.S.S. (Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali) di Pinerolo, Comunità Montana Val Pellice di Torre Pellice, Comunità Montana Valli Chisone e Germanasca di Perosa Argentina

PREMESSA

A seguito dell'approvazione da parte della Giunta Regionale della Deliberazione n. 51 – 11389 del 23.12.2003: "D.P:C.M 29 novembre 2001, allegato 1, Punto 1.C. Applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio sanitaria" e della successiva definizione dell'Accordo di programma tra l'Azienda Sanitaria Locale n. 5 e gli Enti Gestori dei Comuni dell'area ovest di Torino – successivamente esteso a tutti gli Enti gestori afferenti all'ASL TO 3, dopo l'accorpamento della stessa ex ASL n. 5 unificata con l'ex ASL N. 10, – si è provveduto all'applicazione dei livelli essenziali di assistenza relativi all'articolazione delle cure domiciliari e dell'assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale degli anziani non autosufficienti e dei disabili in condizioni di gravità assegnando, al Distretto, il compito di assicurare l'integrazione tra i servizi sanitari, sanitari a rilievo sociale e sociali a rilievo sanitario.

In particolare, con riferimento all'articolazione delle cure domiciliari nella fase di lungo assistenza, l'ASL TO 3 e gli Enti gestori sono impegnati dai suddetti accordi a perseguire i seguenti obiettivi:

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

Allo scopo di perseguire efficacemente gli obiettivi sopraelencati sono stati definite – con un apposito protocollo – le metodologie e gli strumenti di lavoro integrato; l'organizzazione delle attività; le risorse messe a disposizione da parte degli Enti contraenti gli accordi concordando di ripartire gli oneri dei progetti delle cure domiciliari, nella fase di lungo assistenza, in misura del 50% a carico dell'Azienda sanitaria ed in misura del 50% a carico dell'assistito con il supporto economico, dell'Ente gestore, secondo criteri regolamentari fissati dallo stesso.

In tal modo si sono raccordate le attività del Gruppo delle cure domiciliari – competente per il servizio infermieristico domiciliare (SID), per gli interventi di assistenza domiciliare integrata (ADI) e per il supporto all'assistenza domiciliare programmata (ADP) – con quelle di valutazione, predisposizione e monitoraggio dei piani di intervento per gli anziani ed i disabili necessitanti di lungo assistenza, assegnate alla competenti unità multi disciplinari (UVG ed UVAP) che vi provvedono utilizzando gli affidamenti intra ed extra familiari; il servizio di assistenza domiciliare (SAD) ed i contributi economici volti a sostenere la permanenza a domicilio degli assistiti.

Dall'anno 2009, detti contributi vengono erogati con modalità uniche su tutto il territorio aziendale a seguito dell'approvazione – da parte della direzione generale dell'ASL TO 3 – della deliberazione 21 novembre 2008, n.1312 avente ad oggetto *“Regolamento per l'erogazione sperimentale di contributi economici a beneficio di persone adulte ed anziane non autosufficienti”*, recepita, con proprio atto, da ciascun Ente gestore. Con l'attuazione di tale deliberazione – che in qualche modo anticipa, nei punti salienti, la deliberazione della Giunta Regionale 6 aprile 2009, n.39-11190: *“Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungo assistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R n. 37-6500 del 23.7.2007”* – si è dunque avviata una sperimentazione che coinvolge numerosi assistiti e della quale è opportuno tenere conto nella definizione del presente protocollo, finalizzato a dare applicazione al suddetto provvedimento regionale nell'ambito dell'ASL TO 3.

Tutto ciò premesso, si conviene quanto segue:

ART. 1 OGGETTO DELL'INTESA

1. L'Azienda sanitaria TO3 e gli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali ad essa afferenti intendono, con la presente intesa, riformulare i criteri attualmente utilizzati per la erogazione dei contributi economici finalizzati alla lungo assistenza domiciliare in ottemperanza con quanto disposto dalla deliberazione della Giunta Regionale 6 aprile 2009, n.39-11190: *“Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungo assistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R n. 37-6500 del 23.7.2007”*.
2. L'Azienda sanitaria TO3 e gli Enti Gestori – essendo già impegnati nei propri ambiti territoriali nella erogazione sperimentale di contributi economici a beneficio non solo degli anziani non autosufficienti ma anche delle altre persone che necessitano di lungo assistenza – assumono l'impegno di applicare i criteri per la erogazione dei contributi economici, così come formulati dalla presente intesa, a tutte le persone che necessitano di lungo assistenza in base alle determinazioni assunte dalle competenti Unità di valutazione distrettuali.
3. Con riferimento all'impegno di cui al comma precedente, L'Azienda sanitaria TO3 e gli Enti Gestori danno atto che i fondi assegnati dalla Regione Piemonte con la citata D.G.R n. 39-11190/2009 verranno interamente utilizzati per l'erogazione di contributi a sostegno della domiciliarità per anziani non autosufficienti in lungo assistenza mentre, per gli altri beneficiari individuati, si provvederà con apposite risorse messe a disposizione dagli enti stipulanti che verranno quantificate, annualmente, nei Piani delle Attività Territoriali.

ART. 2
INDIVIDUAZIONE DELL'ENTE CAPOFILA

1. Ai fini della realizzazione di quanto indicato al precedente articolo 1, viene individuato, quale Ente capofila incaricato di provvedere al coordinamento e alla gestione delle risorse regionali assegnate con la D.G.R n. 39-11190/2009, l'Azienda sanitaria TO3.
2. Dette risorse verranno utilizzate dall'Ente capofila per far fronte alla copertura economica dei contributi economici finalizzati alla lungo assistenza domiciliare degli anziani non autosufficienti sia per la componente sanitaria – corrispondente al 50% del costo del Piano assistenziale individuale (PAI) – che per la componente sociale eventualmente dovuta quale contributo finalizzato al pagamento, totale o parziale, della quota – corrispondente al restante 50% del costo – posta a carico dell'utente.
3. Le ulteriori risorse destinate ai beneficiari non rientranti nella tipologia d'utenza prevista dalla D.G.R n. 39-11190/2009 verranno stanziare dall'Azienda sanitaria, con la modalità del budget di Distretto, e da ogni singolo Ente gestore.
4. L'Azienda sanitaria TO 3 provvederà ad erogare direttamente tutti i contributi, previsti dai PAI approvati, entro 60 giorni dalla data di presentazione della domanda di intervento. I contributi finanziati con la D.G.R n. 39-11190/2009 verranno erogati fino a concorrenza del finanziamento regionale con il metodo della proiezione, su base annuale, dei PAI attivati con i suddetti finanziamenti. Successivamente l'Azienda provvederà al recupero delle somme poste a carico dell'Ente gestore per i soli contributi finanziati con le risorse diverse di cui al comma precedente.
5. L'Azienda sanitaria TO 3 provvederà inoltre al rimborso agli Enti gestori delle quote sanitarie per le prestazioni da questi direttamente erogate (Pasti, Telesoccorso, Assistenza domiciliare).

ART. 3
OBIETTIVI COMUNI E MISURE DI INTERVENTO

1. Il contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza, oggetto della presente intesa, è finalizzato alla:
 - a) promozione e sostegno del ruolo esercitato dalla famiglia o dal nucleo di convivenza, distinguendo le attività prestate in base ai fondamentali doveri di solidarietà tra i componenti e lo svolgimento di prestazioni riconducibili al lavoro di cura;
 - b) promozione e sostegno dell'assunzione di un ruolo parafamiliare da parte di volontari singoli attraverso la modalità dell'affidamento familiare, distinguendo tra l'esercizio di funzioni tipiche della solidarietà di vicinato e lo svolgimento di prestazioni riconducibili al lavoro di cura;
 - c) valorizzazione del ruolo esercitato dagli operatori di diversa qualifica in un sistema di cura che ottimizzi e promuova lo sviluppo delle risorse umane.
2. Tali finalità vengono perseguite riconoscendo agli aventi diritto una erogazione monetaria o un buono di servizio per la copertura del costo dei servizi di assistenza tutelare socio-sanitaria così come definiti nel paragrafo 1, allegato A) della D.G.R n. 39-11190/2009 ed in particolare:
 - a) assistenza domiciliare svolta da Assistenti domiciliari e delle strutture tutelari (ADEST), da Operatori socio sanitari (OSS) e da Assistenti familiari;
 - b) cure familiari svolte da un familiare che risulta parente o affine entro il 4° grado (comprendendo anche i nipoti indiretti) o da un componente del nucleo familiare anagrafico o di fatto convivente con il beneficiario (con esclusione dell'assistente familiare convivente per ragioni lavorative);
 - c) affidamento – diurno a domicilio della persona non autosufficiente o residenziale con l'inserimento della persona nel nucleo dell'affidatario – a volontari singoli o a famiglie che si rendono disponibili ad offrire un riferimento ed un aiuto concreto a chi è privo di reti parentali o con familiari fragili e/o impossibilitati ad esercitare un ruolo significativo;

- d) telesoccorso erogato attraverso fornitori riconosciuti dall'Azienda sanitaria/Ente gestore socio-assistenziale;
 - e) pasti a domicilio erogati attraverso fornitori riconosciuti dall'Azienda sanitaria/Ente gestore.
3. Le prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria di cui al comma precedente sono soggette a compartecipazione paritaria tra Azienda sanitaria ed Utenti/Enti gestori così come disposto dalla DGR 51-11389/2003 e devono essere previste dal Piano di assistenza individualizzato (PAI) redatto secondo le modalità della DGR 42-8390/2008 del quale rappresentano una modalità di realizzazione.
4. I costi delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria sono da riferirsi:
- a) all'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare svolta da Assistenti domiciliari e delle strutture tutelari (ADEST) o da Operatori socio sanitari (OSS) presso fornitori accreditati o riconosciuti dall'Azienda sanitaria/Enti gestori;
 - b) alla regolare assunzione di un Assistente familiare da parte del titolare del PAI, da chi lo rappresenta o da un congiunto;
 - c) al riconoscimento economico dovuto alle cure familiari ed all'affidamento secondo i massimali e le modalità successivamente stabilite;
 - d) all'acquisto del servizio di telesoccorso e/o di pasti a domicilio da fornitori accreditati o riconosciuti dall'Azienda sanitaria/Ente gestore ;
5. Il PAI domiciliare può contenere un mix delle prestazioni erogabili, come specificate al comma 2 del presente articolo, integrabili con interventi semiresidenziali e/o residenziali temporanei di sollievo, all'interno dei massimali successivamente indicati.
6. Ai fini di una applicazione di criteri uniformi di valutazione della situazione economica, rilevante per l'individuazione dei criteri di compartecipazione ai costi dei servizi oggetto della presente intesa, si applicano le disposizioni di cui all'allegato C) della D.G.R n. 39-11190/2009.

ART. 4 METODOLOGIA E STRUMENTI ORGANIZZATIVI INTEGRATI

1. L'erogazione delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria è organizzata mediante la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione del piano di lavoro integrato e individualizzato, il monitoraggio costante, la verifica periodica e la valutazione finale dei risultati. La persona non autosufficiente non può dunque esimersi – ove intenda accedere alle prestazioni di livello essenziale – dall'intraprendere un percorso prestabilito che, attraverso la valutazione, conduce alla definizione di un piano assistenziale costantemente verificato dalle Unità di valutazione competenti.
2. Alle Unità di valutazione distrettuali è pertanto richiesto di:
- a) recepire ed istruire la richiesta di cure domiciliari in lungo assistenza presentate dalle persone interessate nei tempi previsti dai vigenti regolamenti;
 - b) individuare, attraverso la valutazione multi dimensionale, i bisogni sanitari e socio sanitari dei richiedenti indicando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando – ove possibile – il mantenimento al domicilio di coloro che lo desiderino;
 - c) garantire completa informazione – anche mediante documentazione scritta – alle persone ed alle famiglie sui loro diritti e relativamente alle procedure per fruire del complesso delle prestazioni erogabili;
 - d) predisporre e/o approvare il PAI identificando la fascia d'intensità assistenziale, il livello e la tipologia di prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria adeguato;
 - e) assicurare la verifica almeno quadrimestrale dell'attuazione degli impegni previsti nel PAI (anche mediante l'esame della relativa documentazione), il mantenimento delle condizioni di erogazione del contributo economico, nonché procedere ad una eventuale revisione del PAI attivato.

3. I contributi economici finalizzati alla copertura del costo dei servizi di assistenza tutelare socio-sanitaria – che integrano e non sostituiscono le ulteriori prestazioni sanitarie eventualmente necessarie – sono alternativi al ricovero definitivo in struttura residenziale. Per tale ragione le persone dichiarate eligibili ad un PAI di cure domiciliari in lungo assistenza dall'Unità di valutazione competente – e che ad esso aderiscano – sono escluse dalla lista d'attesa per un progetto assistenziale che preveda la residenzialità.
4. Per le suddette persone viene in ogni caso fatto salvo quanto previsto dalla DGR 42-8390/2008 con la quale si dispone che qualora il soggetto con progetto domiciliare o semiresidenziale necessiti di un progetto di residenzialità, ridefinito sempre e comunque dall'Unità di valutazione, verrà inserito nella lista d'attesa tenendo conto della data di prima valutazione.
5. In analogia con quanto previsto nel comma precedente, le persone già valutate ed in lista d'attesa per la residenzialità o semi residenzialità, nelle situazioni in cui non sia stato preso in considerazione un progetto di domiciliarità da parte della competente Unità di valutazione, possono richiedere una riprogettazione e, se ne sussistono le condizioni, passare ad un progetto di domiciliarità.
6. Resta inoltre fermo quanto previsto dalle “Linee guida per la predisposizione dei progetti di vita indipendente” di cui alla DGR 48-9266/2008 relativamente alle persone per le quali, non sussistendo più i requisiti per il mantenimento dei progetti, si rendano necessarie prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria domiciliari o residenziali.

ART. 5 DESTINATARI E CARATTERISTICHE DEI CONTRIBUTI

1. Le misure di sostegno disciplinate dalla presente intesa sono destinate:
 - a) agli anziani dichiarati non autosufficienti dalle competenti Unità di valutazione ed inseribili in progetti di cure domiciliari in lungo assistenza: per finanziare i quali verrà utilizzato l'intero ammontare delle risorse erogate dalla Regione con la D.G.R n. 39-11190/2009;
 - b) alle persone con handicap grave, così come definito dalla DGR 51 – 11389 /2003, ed a coloro che risultino colpiti da patologie, assimilabili a quelle degli anziani, tali da determinare condizioni di non autosufficienza: per le quali i progetti di cure domiciliari in lungo assistenza verranno finanziati con apposite risorse messe a disposizione dagli enti stipulanti che verranno quantificate, annualmente, nei Piani delle Attività Territoriali.
2. Gli importi relativi al contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza vengono erogati con i massimali di seguito indicati, rapportati ai livelli di intensità individuati nel progetto cure domiciliari in lungo assistenza, definito dalla competente Unità di valutazione sulla base dei vigenti accordi tra l'Azienda sanitaria TO3 e gli Enti Gestori.
3. Tali importi si riferiscono alla copertura massima del costo di assistenza tutelare socio-sanitaria prevista dal PAI:

a) bassa intensità (punteggio da 4 a 9)	fino a € 800,00 mensili;
b) media intensità assistenziale (punteggio da 10 a 15)	fino a € 1.100,00 mensili;
c) medio-alta intensità assistenziale (punteggio oltre 15)	fino a € 1.350,00 mensili;
d) medio-alta intensità assistenziale (punteggio oltre 15)	fino a € 1.640,00 se il beneficiario è senza rete familiare.
4. Il costo dell'assistenza tutelare socio-sanitaria prevista dai PAI è per il 50% (componente sanitaria) a carico dell'Azienda sanitaria e viene dalla stessa assunto prescindendo dal reddito del beneficiario, mentre il restante 50% (componente sociale) è a carico dell'utente che potrà avvalersi del sostegno economico fornito dall'Ente gestore in ottemperanza alle disposizioni di cui all'allegato C) della D.G.R n. 39-11190/2009. Qualora il beneficiario sia titolare di indennità di accompagnamento, tale

previdenza viene utilizzata per la copertura totale o parziale della componente posta a carico dell'utente.

5. E' condizione indispensabile per l'erogazione del contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza l'accettazione – da parte del soggetto destinatario e/o di chi ha titolo a rappresentarlo in tutto o in parte (familiare, Amministratore di sostegno, Curatore, Tutore) – dell'intero PAI domiciliare redatto dalla competente Unità di valutazione. Tale accettazione comprende l'impegno dell'utente ad assumersi la quota di costo della prestazione posta a suo carico.
6. Il PAI può prevedere le tipologie di prestazioni indicate all'articolo 3 della presente intesa – anche tra loro integrate – ed i relativi contributi, sino ai massimali indicati al comma 3 del presente articolo.
7. Con specifico riferimento alle cure familiari si precisa che concorre al riconoscimento economico il familiare che – oltre al semplice ruolo di *care giver* (che non dà diritto ad alcun contributo) – svolge anche compiti di cura nei confronti di soggetti non autosufficienti, secondo i tre livelli di necessità assistenziale menzionati al comma 3 del presente articolo. In tale fattispecie sono previste quote di riconoscimento differenti a seconda della fascia assistenziale in cui è stato inserito il beneficiario, integrando nel PAI, oltre al lavoro dei familiari, altre prestazioni che possono essere mixate fra loro sino al massimale erogabile. Ai familiari che espletano le suddette funzioni vengono pertanto riconosciute le seguenti quote, che non si configurano come una remunerazione delle attività svolte, ma si giustificano in relazione alle spese sostenute ed all'eventuale mancato guadagno:
 - a) € 200,00 mensili per un assistito in bassa intensità assistenziale;
 - b) € 300,00 mensili per un assistito in media intensità assistenziale;
 - c) € 400,00 mensili per un assistito in medio-alta intensità assistenziale.
8. Nel caso in cui il PAI preveda il ricorso all'affidamento diurno o residenziale il contributo economico a sostegno della domiciliarità è erogato all'affidatario con le stesse modalità di cui al comma precedente. Ad ogni affidatario non può essere affidata più di una persona. E' possibile la valutazione di eventuali eccezioni, legate a casi di coniugi, strette parentele, convivenze, particolari condizioni di vicinato, nonché situazioni specifiche in aree territoriali. L'attività volontaria dell'affidatario può essere integrata dall'intervento domiciliare effettuato dall'assistente familiare o da altra figura professionale fino alla concorrenza del massimale previsto, analogamente con quanto indicato al comma precedente per i familiari.
9. All'affidatario che svolga unicamente il ruolo di *care giver* vengono riconosciuti euro 200 mensili nel caso di bassa e media intensità assistenziale. Tale ruolo sarà necessariamente integrato da altre prestazioni facenti parte del PAI (es. assistente familiare). La quota erogata non si configura come una remunerazione delle attività svolte, ma si giustifica come un ristoro in relazione alle spese sostenute.
10. Quando l'affidatario svolge anche compiti di cura, il contributo economico previsto – che anche in questo caso non si configura come una remunerazione delle attività svolte, ma si giustifica come un ristoro in relazione alle spese sostenute – è diversificato sulla base delle seguenti tipologie:
 - a) € 400,00 per un soggetto non autosufficiente a bassa intensità assistenziale senza rete familiare;
 - b) € 500,00 per un soggetto non autosufficiente a media intensità assistenziale senza rete familiare;
 - c) € 600,00 per un soggetto non autosufficiente a media-alta intensità assistenziale senza rete familiare, nei confronti del quale viene attivato un affidamento, ipotizzando un intervento che preveda, oltre ai passaggi plurimi durante l'arco della giornata, anche più momenti di copertura notturna in caso di necessità.
11. L'affidamento residenziale è finalizzato all'accoglienza temporanea/definitiva della persona non autosufficiente presso il domicilio dell'affidatario nei casi in cui l'assenza di reti parentali ne precluderebbe la permanenza presso l'abitazione. Si tratta di un intervento connotato dalla continuità delle cure, attivabile in situazioni di maggiore necessità assistenziale, evitando così il ricorso

all'istituzionalizzazione dell'anziano. Per l'affidamento residenziale è previsto un rimborso pari ad euro 700 mensili erogato a titolo di ristoro per le spese sostenute.

12. Fatte salve le possibilità di ricorso già previste nei vigenti regolamenti delle Unità di valutazione, la Commissione centrale per le rivalutazioni cliniche di cui alla DGR 74-28035/1999 costituisce il livello di riferimento e di garanzia in ordine alle eventuali controversie che dovessero insorgere tra i diversi soggetti menzionati nella presente intesa (Azienda sanitaria, Enti gestori, utenti, familiari, volontari, associazioni rappresentative dell'utenza).
13. Le misure di sostegno disciplinate dalla presente intesa si applicano ai PAI definiti a far data dalla decorrenza della stessa o a seguito di richiesta di rivalutazione – prima scadenza prevista – del Piano assistenziale in atto da parte dell'assistito.

ART. 6

OBBLIGHI DEI BENEFICIARI E MODALITA' DI SOSPENSIONE E REVOCA DELLE MISURE DI SOSTEGNO

1. Il contributo economico erogato deve essere utilizzato per le finalità e con le modalità descritte nella presente intesa.
2. L'Ente capofila, in accordo con l'Ente gestore, provvede – con esclusivo riferimento ai percettori di contributi finalizzati alla remunerazione di Assistenti familiari – a richiedere un rendiconto contabile delle spese sostenute per il pagamento delle prestazioni assistenziali acquistate privatamente. Il rendiconto può essere auto certificato ed in tal caso il titolare è tenuto a dichiarare ove sono depositati i documenti originali che si impegna a mettere a disposizione per eventuali controlli. I beneficiari le cui dichiarazioni auto certificate risultino mendaci, oltre ad incorrere nelle sanzioni penali previste dalle leggi vigenti, sono tenuti alla restituzione delle somme indebitamente percepite.
3. L'Ente capofila, in accordo con l'Ente gestore, dispone la sospensione o la revoca delle misure di sostegno a seguito della verifica di inadempienze da parte dei beneficiari nell'assolvere agli adempimenti previsti nei progetti o in relazione a mutamenti delle condizioni che hanno dato luogo all'attivazione degli stessi. L'erogazione dei contributi viene altresì sospesa o revocata – previa contestazione scritta ed assegnazione di un termine per la fornitura di giustificazioni – in caso di mancato rispetto degli adempimenti previsti dalla presente intesa.
4. Alla conclusione del PAI, l'Ente capofila, in accordo con l'Ente gestore, può richiedere ai familiari e/o agli affidatari di compilare un questionario di valutazione, onde poter verificare l'efficacia dell'intervento.

ART. 7

MONITORAGGIO

1. L'Azienda sanitaria TO3 e gli Enti Gestori si impegnano ad assicurare il monitoraggio dell'applicazione della presente intesa nell'arco temporale dal 1° luglio al 31 dicembre 2009 raccogliendo – attraverso le rispettive strutture – i dati utili per la costruzione degli indicatori di cui alla Tabella A della D.G.R n. 39-11190/2009 che dovranno essere inoltrati, entro il 15 gennaio 2010, alla Direzione regionale Sanità e alla Direzione regionale Politiche sociali e Politiche per la famiglia, utilizzando la Tabella B del sopra citato provvedimento.

ART. 8

RISPETTO DELLE NORME VIGENTI ED ABROGAZIONI

1. Per tutto quanto non disciplinato dalla presente intesa si fa riferimento alle normative vigenti ed agli altri regolamenti dell'Azienda sanitaria e degli Enti gestori, ove compatibili.

2. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 5, comma 13, relativamente ai PAI in atto, le norme regolamentari della presente intesa sostituiscono quelle previste dalla deliberazione della Direzione generale dell'Azienda sanitaria TO 3 del 21 novembre 2008, n.1312 avente ad oggetto "*Regolamento per l'erogazione sperimentale di contributi economici a beneficio di persone adulte ed anziane non autosufficienti*" che devono pertanto intendersi abrogate.
3. Copia della presente intesa, a norma dell'articolo 22 della legge 7.08.1990 n. 241 e s.m.i., sarà tenuta a disposizione del pubblico presso le sedi dell'Azienda sanitaria e degli Enti gestori, perché se ne possa prendere visione in ogni momento

**ART . 9
DECORRENZA DELL'INTESA**

1. La decorrenza della presente intesa coincide con l'emanazione, da parte della Regione Piemonte, del provvedimento di assegnazione all'Ente capofila delle risorse finanziarie necessarie alla realizzazione della stessa, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 5, comma 13, relativamente ai PAI in atto.

**ART . 10
COLLEGIO DI VIGILANZA**

1. La vigilanza ed il controllo sull'esecuzione della presente intesa sono esercitati da un Collegio costituito dal Direttore generale dell'Azienda sanitaria Torino 3, o suo delegato, che lo presiede e dai Presidenti degli Enti gestori, o loro delegati. Il Collegio, in particolare:
 - a) vigila sulla tempestiva e corretta attuazione dell'intesa;
 - b) individua gli ostacoli che si frappongono all'attuazione dell'intesa, proponendo le soluzioni idonee alla loro rimozione;
 - c) provvede, ove necessario, alla convocazione dei soggetti interessati per l'acquisizione dei pareri in merito all'attuazione dell'intesa;
 - d) dirime in via bonaria le controversie che dovessero insorgere tra le parti in ordine all'interpretazione e all'attuazione dell'intesa;
2. Per lo svolgimento dei compiti sopra elencati, il Collegio può acquisire documenti ed informazioni presso i soggetti coinvolti nella realizzazione del progetto.

Letto, approvato e sottoscritto.

INDICE

PREMESSA	1
ART. 1.....	2
OGGETTO DELL'INTESA	2
ART. 2.....	3
INDIVIDUAZIONE DELL'ENTE CAPOFILA	3
ART. 3.....	3
OBIETTIVI COMUNI E MISURE DI INTERVENTO.....	3
ART. 4.....	4
METODOLOGIA E STRUMENTI ORGANIZZATIVI INTEGRATI	4
ART. 5.....	5
DESTINATARI E CARATTERISTICHE DEI CONTRIBUTI.....	5
ART. 6.....	7
OBBLIGHI DEI BENEFICIARI E MODALITA' DI SOSPENSIONE E REVOCA DELLE MISURE DI SOSTEGNO	7
ART. 7.....	7
MONITORAGGIO	7
ART. 8.....	7
RISPETTO DELLE NORME VIGENTI ED ABROGAZIONI.....	7
ART . 9.....	8
DECORRENZA DELL'INTESA	8
ART . 10.....	8
COLLEGIO DI VIGILANZA.....	8