

CONVENZIONE "PONTE"
PER L'ASSISTENZA SOCIO SANITARIA DOMICILIARE
A PAZIENTI AFFETTI DA HIV/AIDS

TRA

L'Azienda Socio Sanitaria Ligure n. 3, con sede in Genova, Via A. Bertani, n. 4 - 16125 Genova, codice fiscale n. 03399650104, in persona del Delegato del Direttore Generale Avv. Giovanna DEPETRO, di seguito denominata "Azienda";

E

l'Associazione "Gigi Ghirotti" Onlus per la terapia del dolore e le cure palliative in assistenza domiciliare e in hospice, con sede legale in - 16132 - Genova, Corso Europa, n. 50/9, codice fiscale n. 95015450109, legalmente rappresentata dal Presidente Professor. Franco HENRIQUET, di seguito denominata "Associazione";

PREMESSO CHE

- l'Associazione è iscritta nel registro regionale delle organizzazioni di volontariato al n. SN - GE-ASO - 10/94 del 24/01/1994;
- l'Associazione svolge da diversi anni attività nel settore dell'assistenza ai malati terminali e, pertanto, è da considerarsi il soggetto più idoneo, tenuto anche conto dell'esperienza specifica sviluppata negli anni, all'assistenza sanitaria domiciliare ai malati di HIV/AIDS;
- le parti hanno concordemente deciso di addivenire alla stipula della presente convenzione "ponte", approvata con deliberazione dell'Azienda n. 358 del 23/07/2020, nelle more dell'espletamento di una procedura di manifestazione d'interesse finalizzata alla stipula di accordo contrattuale per le attività domiciliari oggetto della presente convenzione (accreditate dalla Regione Liguria giusto decreto dirigenziale Dipartimento Salute e Servizi Sociali n. 374 del 21/01/2020);

TUTTO CIO' PREMESSO E CONSIDERATO
SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1

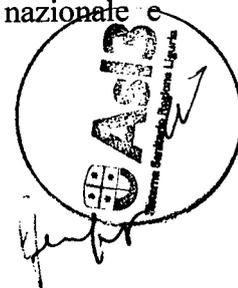
L'Azienda affida all'Associazione l'incarico di gestire il servizio di assistenza socio-sanitaria domiciliare a pazienti affetti da HIV/AIDS, ripartiti in pazienti con impegno ad alta, media e bassa intensità, compresi interventi di base a basso impegno assistenziale, residenti nell'ambito del territorio dell'Azienda medesima, per un setting di prestazioni fino al raggiungimento di un budget semestrale pari a € 330.500,00, avendo come strutture sanitarie di riferimento:

- la Struttura Complessa Malattie Infettive dell'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera di Genova;
- la Clinica di Malattie Infettive dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino-IST di Genova;
- la Struttura Complessa Ser.t della ASL 3.

L'Associazione, con la sottoscrizione della presente Convenzione, dichiara di conoscere e si impegna ad applicare le disposizioni e/o norme generali statali e/o regionali e/o Aziendali e quelle specifiche dell'unità di offerta oggetto della presente Convenzione, concorrendo al rispetto ed all'attuazione dei principi, delle indicazioni e degli adempimenti in esse previsti.

L'assistenza è assicurata con le modalità e nelle forme previste dalla normativa nazionale e regionale.

Nello specifico, l'Associazione, nell'ambito della presente Convenzione si impegna a:



- Erogare il volume di attività definito dalla presente Convenzione;
- Procedere a procedere alla presa in carico del paziente solo a seguito della prevista autorizzazione da parte di Asl 3, tramite il Gruppo GAVI, come meglio definito all'articolo 2 della presente convenzione;
- Garantire a tutti i pazienti le prestazioni sanitarie e sociosanitarie, come meglio definito all'articolo 2 della presente Convenzione, in osservanza di tutte le indicazioni/adempimenti contenuti nella presente Convenzione;
- Assolvere il debito informativo, secondo le indicazioni e gli indirizzi e gli strumenti messi a disposizione da ALISA, necessario ad assicurare il flusso verso la Regione ed il Ministero della Salute nonché il monitoraggio ed il controllo delle attività e, comunque, collaborare per la fornitura, nelle modalità previste, dei dati eventualmente richiesti da ASL 3/ALISA e/o organismi pubblici di governo clinico regionale e/o nazionale, ai fini del monitoraggio della qualità, appropriatezza e correttezza dei servizi offerti dal soggetto gestore, anche nel contesto di specifici progetti in materia. Eventuali costi di implementazione, utilizzo, gestione e manutenzione di applicativi informatici correlati sono a carico dell'Associazione;

ART. 2

Gli interventi riguardano l'assistenza domiciliare attraverso:

- 1) la gestione e il monitoraggio delle terapie prescritte dai medici dei reparti di riferimento o da altri medici coinvolti nel programma di cura;
- 2) le prestazioni assistenziali, infermieristiche, riabilitative e di educazione sanitaria, come specificato nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
- 3) il controllo sul puntuale adempimento delle misure terapeutiche prescritte dal medico curante;
- 4) l'assistenza psicologica, mirata anche alla ricostruzione del rapporto con la famiglia, ove necessario;

Si precisa che le attività di cui sopra sono svolte in setting domiciliare (a domicilio del paziente); non rientrano nelle attività oggetto della presente convenzione le forme di "assistenza esterna" quali, ad esempio, le attività di accompagnamento ad attività ludiche che, tuttavia, potranno essere proposte dall'Associazione, al di fuori della presente convenzione.

Per quanto concerne le attività di accompagnamento ai centri di terapia e riabilitazione, le strutture sanitarie segnalanti di riferimento di cui all'art. 1 della presente convenzione, potranno procedere in deroga a quanto previsto rispetto alle altre forme di "assistenza esterna", motivando il necessario intervento all'interno del PAI, quale attività fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi sociosanitari e sanitari definiti nel Progetto.

Tale assistenza dovrà essere espletata, di norma dal lunedì al venerdì, attraverso prestazioni suddivise sulle quattro fasce assistenziali secondo la tabella riepilogativa:

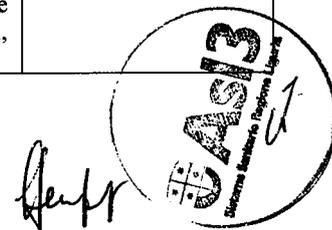
Fasce assistenziali	CIA - GEA	Numero pazienti indicativo
Alta	CIA > a 0,50 (5 e oltre GEA a settimana)	10
Media	CIA ≥ 0,31 e ≤ 0,50 (in media 3/4 GEA a settimana)	20
Bassa	CIA > 0,14 e ≤ 0,30 (in media due GEA a settimana)	25
Livello Base	CIA ≤ 0,14 (in media un GEA a settimana)	30
Totale		85



La tariffazione di riferimento è quella definita dalla Deliberazione di Giunta Regionale della Regione Liguria n. 227 del 17/03/2020 “Definizione delle tariffe per le attività di Cure Domiciliari”, definita alla luce della normativa in materia di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza ed in particolare il DPCM 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, articolo 22 – Cure Domiciliari.

Si riportano di seguito le tariffe di riferimento, ad eccezione delle tariffe previste per le attività prestazionali, per l’attività di assistenza sociosanitaria domiciliare a pazienti affetti da HIV/AIDS.

Profilo di cura	Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA = GEA/GDC) GEA = Giornate di Effettiva Assistenza GDC = Giornate Di Cura	Descrizione - Figure professionali	Tariffe
livello BASE	CIA ≤ 0,14 (in media un GEA a settimana)	Prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo anche ripetuti nel tempo con valutazione e presa in carico (PIC) (es. monitoraggio e adempimento delle misure terapeutiche, prevenzione, educazione sanitaria e stili di vita). E’ richiesta valutazione multidimensionale, la presa in carico, la definizione di un PAI/PRI (piano di assistenza individuale – piano riabilitativo individuale, contiene obiettivi assistenziali, numero di accessi previsti, frequenza e profilo degli operatori).	Euro 26 a GEA
I livello - BASSA intensità assistenziale	CIA > 0,14 e ≤ 0,30 (in media due GEA a settimana)	Prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo assistenziale a favore di persone con condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA superiore a 0,14 e minore o uguale a 0,30. E’ richiesta valutazione multidimensionale, la presa in carico, la definizione di un PAI/PRI (piano di assistenza individuale – piano riabilitativo individuale, contiene obiettivi assistenziali, numero di accessi previsti, frequenza e profilo degli operatori).	Euro 400/mese (in media due GEA a settimana) secondo frequenza e tipologia operatori dettagliata nel PAI
II livello - MEDIA intensità assistenziale	CIA ≥ 0,31 e ≤ 0,50 (in media 3/4 GEA a settimana)	Prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo assistenziale a favore di persone con condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA superiore a 0,31 e minore o uguale a 0,50. E’ richiesta valutazione multidimensionale, la presa in carico, la definizione di un PAI/PRI (piano di assistenza individuale – piano riabilitativo individuale, contiene obiettivi assistenziali, numero di accessi previsti, frequenza e profilo degli operatori).	Euro 700/mese (in media 3/4 GEA a settimana), secondo frequenza e tipologia operatori dettagliata nel PAI
III livello - ALTA intensità assistenziale	CIA > a 0,50 (5 e oltre GEA a settimana)	Prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo assistenziale a favore di persone con condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da CIA maggiore di 0,50. E’ richiesta valutazione multidimensionale, la presa in carico, la definizione di un PAI/PRI (piano di assistenza individuale – piano riabilitativo individuale, contiene obiettivi assistenziali, numero di accessi previsti, frequenza e profilo degli operatori).	Euro 1100/mese (5 e oltre GEA a settimana), secondo frequenza e tipologia operatori dettagliata nel PAI



C.I.A: la valutazione dell'intensità assistenziale si basa sul calcolo del Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA). Il CIA si ottiene dal rapporto tra numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e numero di Giornate di Cura (GdC) ovvero tra le giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare e le giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma.

Ai fini della fatturazione mensile, qualora l'inizio della PIC (presa in carico) non coincida con il primo giorno del mese, vengono considerate le settimane del mese in cui si sono registrati accessi. Gli importi sono calcolati applicando la tariffa del CIA previsto al numero di giornate di cura (GdC) erogate nel mese. Successivamente la fatturazione mensile avverrà sulla base del CIA effettivo. Se durante la PIC si rilevano settimane senza accessi in assenza di sospensioni motivate (ad es. sospensione per ricovero ospedaliero registrata su SPD – sportello polifunzionale distrettuale), la tariffa mensile sarà decurtata del valore medio settimanale calcolato sulla base del CIA di riferimento. Le tariffe si intendono comprensive di IVA se dovuta.

Al variare delle condizioni cliniche e del bisogno di assistenza della persona dovrà essere rivalutato il PAI e ridefinito il numero, la cadenza degli accessi necessari e il profilo degli operatori.

L'Associazione in caso di emergenza si fa carico di indirizzare il paziente ai servizi territoriali adeguati alle esigenze del paziente e della condizione clinica.

Tale servizio è garantito tramite una reperibilità telefonica notturna e h24 nei giorni festivi e sabato. Gli interventi domiciliari in regime di Pronto Disponibilità vengono erogati, anche ai pazienti affetti da HIV, per i casi i cui bisogni siano esplicitamente di cure palliative specialistiche.

Il numero degli accessi/giornate di effettiva assistenza, gli obiettivi e le modalità sono definiti all'interno del Progetto Individualizzato di Assistenza (PAI) che dovrà essere redatto dal medico segnalante e dall'Associazione Gigi Ghirotti Onlus, coinvolgendo l'interessato ed, eventualmente, dei familiari, come meglio definito all'art. 5 della presente convenzione.

ART. 3

L'Associazione deve curare il costante collegamento con le strutture ospedaliere e territoriali, di cui all'art.1, nonché con gli altri uffici e servizi socio-sanitari operanti nel territorio, competenti in base alla situazione individuale.

ART. 4

L'Associazione assicurerà il costante aggiornamento e la qualificazione professionale dei propri operatori.

L'Associazione utilizzerà, sul piano organizzativo:

- una centrale operativa per il coordinamento tra i vari operatori;
- un archivio di dati, che presenti un adeguato livello di sicurezza, per il contatto costante con le strutture ospedaliere e gli altri organismi interessati nel rispetto del vigente ordinamento in materia di privacy;
- una postazione informatica per accedere allo Sportello Polifunzionale Distrettuale per assolvere al debito informativo e per la rendicontazione delle attività;
- un recapito telefonico attivo in orario di ufficio anche per le attività di informazione.



ART. 5

La segnalazione del paziente avviene su istanza dei soggetti attivatori (art. 1 Convenzione). Le proposte di inserimento dovranno essere inviate al Gruppo Aziendale Valutazione Inserimenti AIDS G.A.V.I..

L'individuazione, da parte delle strutture di cui all'art. 1 della presente Convenzione, dei soggetti proposti per il servizio domiciliare dovrà essere effettuata attraverso la scheda di segnalazione (*allegato 1*).

Le strutture sanitarie di riferimento, di cui all'art 1) della presente convenzione, redigono congiuntamente all'Associazione Gigi Ghirotti Onlus il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) coinvolgendo l'interessato ed, eventualmente, dei familiari. Tale progettualità dovrà necessariamente prevedere gli obiettivi che si intendono perseguire, la tipologia e il numero di interventi necessari (definizione CIA previsionale) per il raggiungimento di questi ultimi e la tipologia di operatori da coinvolgere per un'appropriata realizzazione degli interventi e delle attività previste.

Tale valutazione e le successive di monitoraggio per eventuale rivalutazione verranno eseguite in follow up prestabiliti (tempo 0, al bisogno secondo le tempistiche definite dalla DGR 227/2020, tempo 6 mesi, 12 mesi e poi ogni 12 mesi) per confermare o modificare il livello di assistenza, salvo variazioni cliniche significative.

E' prevista, in ogni caso, la definizione di Piano Assistenziale Individuale – Piano Riabilitativo Individuale che contenga gli obiettivi assistenziali, il numero di accessi previsti, la frequenza ed il profilo degli operatori (*allegato 2*), che verrà rivalutato ed aggiornato sulla base del monitoraggio e delle rivalutazioni, al variare del bisogno e delle necessità della persona.

Le proposte di inserimento dovranno essere inviate al Gruppo Aziendale Valutazione Inserimenti AIDS G.A.V.I..

L'ammissione al servizio e ogni modifica al livello di assistenza vengono autorizzati formalmente da ASL3 (attraverso il Gruppo Aziendale Valutazione Inserimenti AIDS G.A.V.I.).

Sulla base di quanto previsto dalla presente Convenzione dovranno essere rivalutati tutti i casi pregressi, in carico.

In sede di monitoraggio/follow up/rivalutazione prestabiliti, verranno redatti i singoli PAI sulla base delle nuove disposizioni e comunque entro la data del 30 settembre 2020.

Nelle more del perfezionamento delle rivalutazioni come sopra definito, in fase di avvio della presente Convenzione, i soggetti in carico precedentemente valutati con il previgente sistema a 'punti' verranno rivalutati sulla base delle Giornate di Effettiva Assistenza erogate, corrispondenti alle diverse fasce CIA: livello base (in media un GEA a settimana: $CIA \leq 0,14$), I° livello - BASSA intensità assistenziale (in media due GEA a settimana: $CIA > 0,14$ e $\leq 0,30$), II° livello - MEDIA intensità assistenziale (in media 3/4 GEA a settimana: $CIA \geq 0,31$ e $\leq 0,50$), III° livello - ALTA intensità assistenziale (5 e oltre GEA a settimana: $CIA > 0,50$).

ART. 6

Il Piano Individuale di Assistenza domiciliare viene predisposto tenendo conto dell'insieme delle esigenze sociosanitarie dell'utente.

La persona assistita deve poter contare su un insieme integrato di interventi idoneo a:

- evitare il ricorso alla struttura ospedaliera, quando non sia richiesto da oggettive necessità cliniche;
- promuovere le opportune relazioni nell'ambito del contesto sociale al fine di superare ogni rischio di emarginazione;

A handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The stamp contains the text 'ASL3' in a stylized font, with a checkmark to its right. The stamp also features a small emblem at the bottom, possibly a logo or seal.

- favorire, per quanto possibile, l'organizzazione autonoma della vita del soggetto.

Per lo svolgimento dell'assistenza socio-sanitaria domiciliare compete all'Azienda e/o alle strutture ospedaliere individuate dal precedente art.1:

- 1) dotare l'Associazione del ricettario regionale per la prescrizione dei farmaci, qualora non sia stato possibile reperire il medico di libera scelta;
- 2) provvedere, con procedure semplificate, al rifornimento dei farmaci di solo uso ospedaliero.

ART. 7

Per l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare l'Associazione si impegna a valersi di personale con comprovata esperienza professionale e in numero adeguato rispetto alle attività assistenziali da svolgere (medici, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione, operatori socio sanitari, assistente sociale, farmacista).

L'Associazione potrà, a titolo non oneroso, avvalersi di Volontari adeguatamente formati.

L'Associazione dovrà attenersi tramite il personale preposto agli obblighi di condotta, per quanto compatibili, previsti dal Codice di comportamento adottati dall'ASL 3, che potrà essere visionato sul link:

<http://www.asl3.liguria.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-general-codici.html>

La violazione degli obblighi derivanti dal citato codice comporterà la risoluzione del rapporto previa istruttoria e conclusione del procedimento in contraddittorio con l'Azienda

L'Associazione dovrà rendicontare attraverso lo Sportello Polifunzionale Distrettuale al Gruppo Aziendale Valutazione Inserimenti AIDS G.A.V.I., e procedere all'invio della fattura mensile alla SC. Bilancio e Contabilità, il riepilogo con indicazione del paziente, intensità di cura riconosciuta, data di assistenza, numero di ore per ciascuna giornata di accesso e figure professionali coinvolte. La fattura verrà liquidata solo successivamente alla verifica della produzione.

L'Associazione si impegna a comunicare tempestivamente al G.A.V.I. ed alla SC. Bilancio e Contabilità eventuali ricoveri ospedalieri e/o sospensioni dall'assistenza domiciliare per qualsiasi motivo, anche attraverso lo Sportello Polifunzionale Distrettuale.

ART. 8

Il budget rappresenta il livello massimo di spesa nei confronti dell'Associazione e per il periodo 01/07/2020 – 31/12/2020 il budget semestrale assegnato ammonta ad €. 330.500,00=.

Al raggiungimento della somma di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico di questa Azienda.

E' posto a carico dell'Associazione l'obbligo di garantire che la fattura mensile non superi un sesto del budget.

L'erogazione delle somme dovute sarà effettuata dall'Azienda mensilmente, entro il termine massimo previsto dalla normativa vigente dalla presentazione di nota di addebito.

L'Azienda effettuerà, attraverso il Gruppo Aziendale Valutazione Inserimenti AIDS G.A.V.I. eventualmente integrato con i servizi socio sanitari operanti sul territorio, gli opportuni controlli presso l'Associazione e il domicilio degli utenti al fine di accertare il regolare adempimento degli obblighi di cui alla presente convenzione.

ART. 9

L'Associazione, ai sensi e per gli effetti dell'art. 28 del Regolamento UE n. 2016/679 Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Regolamento oppure RGPD), sarà designata, con separato atto di incarico, "Responsabile del trattamento dati personali" per compiere le operazioni di trattamento



necessarie alla presa in carico del paziente nell'ambito del servizio di assistenza socio-sanitaria domiciliare a pazienti affetti da HIV/AIDS.

Tale designazione che l'Associazione dichiara di accettare, per il periodo di vigenza della convenzione, è presupposto necessario alla stipula della presente convenzione.

L'Azienda, all'atto di designare l'Associazione quale Responsabile del trattamento dei dati, accerta che la stessa sia in grado di fornire, per esperienza, capacità ed affidabilità, idonea garanzia del pieno rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela della privacy e protezione dei dati, ivi compresi gli aspetti relativi alla sicurezza.

L'Associazione si impegna, altresì, a porre in essere ogni misura adeguata, in ragione del progresso tecnologico, a contrastare i rischi che minacciano o possono minacciare le informazioni oggetto di trattamento, al fine di garantire un livello di sicurezza costantemente adeguato a tali rischi.

Fermi restando gli obblighi di cui al comma precedente, in virtù di tale nomina, l'Associazione si impegna fin d'ora al pieno ed incondizionato rispetto di tutte le statuizioni di cui al citato Regolamento, adottando a tal fine ogni opportuna misura ed attenendosi alle istruzioni impartite dal Titolare del trattamento il cui contenuto minimo risulta di seguito elencato.

L'Associazione, inoltre, si impegna fin d'ora a:

- predisporre e mantenere aggiornate le informative ai sensi degli artt. 13 e 14 del RGPD, acquisendo i relativi consensi, se dovuti, anche alla luce dei Chiarimenti dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali intervenuti con Provvedimento n. 55 del 07.03.2019;
- nominare le persone autorizzate al trattamento dei dati personali, conformemente alle disposizioni di legge, garantendo che dette persone si siano impegnate alla riservatezza o abbiano un adeguato obbligo legale di riservatezza;
- garantire agli interessati l'esercizio dei diritti di cui agli artt. 15, 16, 17, 18, 21 e all'art. 20, del RGPD per quanto applicabile;
- garantire il rispetto degli artt. da 32 a 36, con particolare riferimento all'art. 33 par. 2 (data breach) del RGPD;
- adottare, se previsto per legge, il Registro delle attività di Trattamento ai sensi dell'art. 30 par. 2 del RGPD;
- designare, ai sensi dell'art. 37.1 del RGPD, un Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) di cui al capo IV, Sezione 4, qualora rientrante nei casi previsti dall'art. 37.1 e, comunque, un referente Privacy;
- produrre acconcia documentazione scritta ovvero relazione circa il regolare adempimento di quanto sopra all'Azienda e per essa al suo RPD, consentendo eventuali verifiche sul campo.
- produrre ed aggiornare in caso di modifiche l'elenco degli operatori autorizzati singolarmente ed opportunamente formati in materia di privacy, impartendo per iscritto specifiche istruzioni per trattare i dati dei pazienti nell'ambito e con i limiti delle attività/mansioni contrattualmente loro attribuite, con particolare riguardo all'adozione delle cautele previste per legge (anonimato) nel trattamento dei dati soggetti a maggior tutela quali fissati dal legislatore italiano che seguono specifiche disposizioni di settore e misure particolarmente elevate a tutela dei diritti, della dignità e delle libertà fondamentali dell'individuo ;
- comunicare all'Azienda designante, tempestivamente e comunque entro la data di attivazione del presente accordo contrattuale, il nominativo e l'indirizzo e-mail di una o più persone fisiche autorizzate dall'Associazione a richiedere le credenziali di accesso alle procedure informatiche dedicate alla registrazione/invio del debito informativo secondo le indicazioni, gli indirizzi e gli strumenti (Sportello Polifunzionale Distrettuale) messi a disposizione dall'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) ovvero per rettifiche o modifiche in caso di erronea registrazione. Resta fermo che le credenziali, di natura personale, non possono essere cedute ad altri operatori e che l'Associazione è onerata di comunicare ogni variazione dei soggetti abilitati al fine di consentire la cessazione della credenziale stessa e l'attivazione, se del caso, di una nuova nominale.

A handwritten signature is written over a circular stamp. The stamp contains the text "A.Li.Sa." and a date "10/03/2019".

Il paziente/assistito ha diritto al massimo rispetto dell'integrità e della dignità personali; pertanto, l'Associazione si impegna a garantire, nell'organizzazione delle prestazioni e dei servizi resi, il rispetto delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati nonché ad adeguare le risposte assistenziali alle esigenze ed alle abitudini delle persone.

ART. 10

La presente convenzione ha durata dal 01/07/2020 sino al 31/12/2020, salvo eventuale diversa regolamentazione della materia nel periodo di vigenza, nelle more della definizione di modalità e termini di applicazione della normativa afferente all'istituzione dell'Azienda Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.), e comunque fino ad eventuale precedente termine indicato da A.Li.Sa stessa, giuste le prescrizioni di cui alla L.R. 17/2016, e potrà essere rinnovata previo provvedimento formale. Entrambe le parti hanno diritto di recesso in via anticipata da esercitarsi con preavviso di almeno trenta giorni con raccomandata A.R. o PEC.

Durante la vigenza del presente atto, le parti di comune accordo potranno apportare modifiche al servizio in oggetto in qualsiasi momento purché ciò consti da appendice alla convenzione recepita con formale delibera.

L'Azienda si riserva altresì di esercitare il diritto di recesso anticipato ad nutum dalla presente convenzione, per sopravvenute modifiche organizzative, tenuto anche conto della L.R. n. 17 del 29/07/2016, istitutiva dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa).

ART. 11

Nell'esecuzione della presente convenzione, le parti contraenti sono soggette alla normativa italiana, Legge n.190/2012 in materia di prevenzione della corruzione, Decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 e s.m.i inerente il "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazione da parte delle pubbliche amministrazioni", come da ultimo modificato dal D.Lgs. 25/05/2016 n. 97, e D.Lgs. n. 231 del 08/06/2001 e s.m.i. inerente la "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29/09/2000, n. 300" per quanto di rispettiva competenza), e, pertanto, attuano ogni iniziativa nel pieno rispetto dei principi di correttezza, efficienza, trasparenza, pubblicità, imparzialità ed integrità, astenendosi dal porre in essere condotte illecite, attive o omissive, impegnandosi a non tenere alcun comportamento in contrasto con la disciplina anticorruzione.

In particolare le parti si impegnano a rispettare i codici di comportamento nazionali e/o aziendali di settore e le norme in materia di incompatibilità di cui all'art. 4, comma 7 della L. 30.12.1991 n. 412 ed all'art. 53 del D.Lgs. 30.3.2001 n. 165 e ss.mm.ii. e/o relative all'esclusione di situazioni di conflitto di interesse.

ART. 12

In caso di controversia inerente e/o derivante dalla presente convenzione non suscettibile di risoluzione in via bonaria e/o amministrativa, le parti sin d'ora eleggono, quale foro esclusivamente competente, quello di Genova.

ART. 13



Il presente atto, a valere quale scrittura privata non autenticata tra le parti, viene redatto in duplice originale. Lo stesso è esente dall'imposta di bollo ai sensi e per gli effetti dell'articolo 27 bis della Tabella Allegato B al Decreto del Presidente della Repubblica 26/10/1972, n. 642.

La presente convenzione potrà essere registrata in caso d'uso a cura e spese della parte richiedente, ai sensi dell'articolo 5, comma 2°, del Decreto del Presidente della Repubblica 26/04/1986, n. 131 e dall'articolo 1 della Tabella allegata al medesimo Decreto.

Letto, confermato e sottoscritto
Genova, li 23/07/2020

Azienda Socio Sanitaria Ligure n. 3
Il Delegato del Direttore Generale
(Dr.ssa Giovanna DEPETRO)



Associazione "Gigi Ghirotti" Onlus
Il Presidente
(Prof. Franco HENRIQUET)

[Handwritten signature]
Genova, li 20/08/2020



Modulo Richiesta Ass Domiciliare

Iniziali del paziente |_| |_| Anno di nascita _____

Richiesta di presa in carico Assistenza Domiciliare

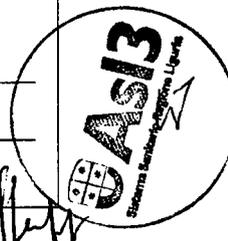
Servizio richiedente _____

Cognome _____	Nome _____
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> nato/a _____	il __/__/__
Domiciliato/a in _____	prov. _____
Indirizzo _____	N _____
Recapiti telefonici _____	
ASL di Residenza _____ (se diversa dal domicilio)	
Attualmente: a domicilio <input type="checkbox"/> ricoverato <input type="checkbox"/>	
Se ricoverato: presso il Reparto _____	
Motivo del ricovero _____	
Data prevista dimissione: _____	

Motivazione della Richiesta di Assistenza Domiciliare _____

Care giver (Cognome , nome, contatto telefonico, specificare se familiare o altro):

Vive: solo <input type="checkbox"/> con coniuge <input type="checkbox"/> con figli <input type="checkbox"/> minori <input type="checkbox"/> con genitori <input type="checkbox"/> altro _____
Assistito da : familiari <input type="checkbox"/> altre persone <input type="checkbox"/> _____
(specificare)
Servizio Sociale municipio No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____
Specificare Servizio, nominativo Ass Sociale e recapito
SERT di riferimento No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____
Specificare Servizio, nominativo Medico e recapito
CSM di riferimento No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____
Specificare Servizio, nominativo Medico e recapito
Stato socio-economico: Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Titolare pensione da lavoro <input type="checkbox"/>
Titolare pensione di invalidità <input type="checkbox"/> (_____ %) Pensione di accompagnamento <input type="checkbox"/> Altre indennità <input type="checkbox"/> _____
Codice Esenzione _____ Scadenza _____
Pazienti Extra UE: stato permesso di soggiorno _____
Scadenza permesso di soggiorno _____



Modulo Richiesta Ass Domiciliare

Iniziali del paziente I _ I _ I Anno di nascita _____

Diagnosi e descrizione del problema principale

Altre patologie: Diabete Cardiopatia disturbo salute mentale Demenza Epatopatia alcolica
 Epatopatia non alcolica farmacodipendenza obesità insufficienza respiratoria malattie vascolari
 esiti di ictus altre malattie neurologiche patologie ortopediche malattie osteomuscolari
 disturbi sensoriali dialisi patologia oncologica

CD4+ _____/mmc HIV RNA _____ copie/mL del ___/___/_____ Classificaz CDC _____

Se AIDS data notifica: ___/___/_____

HAART in atto: _____

Necessità assistenziali:

Controllo periodico/monitoraggio terapia orale Prelievo ematico periodico Medicazioni Ossigeno terapia
 Nutrizione enterale terapia i.m. _____
 terapia ev _____ fisioterapia (allegare richiesta specialista)
 altro _____

Piani terapeutici previsti: _____

Problematiche assistenziali: catetere urinario PEG Colostomia Cvc (specificare) _____
 altro _____ paziente trasportabile si no

Necessità ausili: no si (specificare quali e se già richiesti) _____

Condizioni cliniche attuali: Punteggio MPI _____ del ___/___/_____

paziente stabile moderatamente instabile instabile Stato di coscienza: orientato confuso soporoso stuporoso Disturbi cognitivi: assenti lievi moderati gravi Disturbi comportamentali: assenti lievi moderati gravi Mobilità: indipendente cammina con aiuto di altri totalmente dipendente Alimentazione: autonomo necessita di assistenza rifiuta di alimentarsi

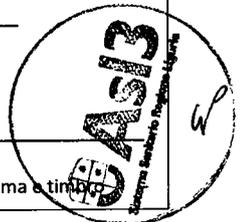
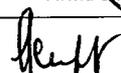
Medico richiedente _____

Recapiti telefonici _____ Fax _____

Indirizzo email _____

Data compilazione ___/___/_____

Firma e timbro



Piano Assistenziale Individualizzato Assistenza Domiciliare HIV

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)

PROBLEMA ASSISTENZIALE	OBIETTIVO	INTERVENTO

<p>FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE</p> <p> <input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> INFERMIERE <input type="checkbox"/> OSS <input type="checkbox"/> FISIOTERAPISTA <input type="checkbox"/> PSICOLOGO <input type="checkbox"/> ASSISTENTE SOCIALE </p>	<p>INTENSITA' ASSISTENZIALE</p> <p> <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BASSA <input type="checkbox"/> LIVELLO BASE </p>	<p>MEDIA GEA SETTIMANALI (specificare gli accessi per figura professionale)</p> <p>-----</p>
--	--	---

SERVIZI DI SUPPORTO	SERT	CSM	SERVIZI DISABILI O ANZIANI	UNITA' DI CURE PALLIATIVE	SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI	CENTRO ASCOLTO	CASA ALLOGGIO	ALTRO
In carico								
Da segnalare								

Iniziali del paziente

Anno di nascita

Codice Gigi Ghirotti



MONITORAGGIO PAI

TIPOLOGIA PRESTAZIONE		FREQUENZA			
		Al bisogno <small>(come da DGR 227/2020)</small>	tempo 6 mesi	tempo 12 mesi	Ogni anno
Monitoraggio PAI - PRI	Raggiungimento obiettivi (dettagliare)				
	Rivalutazione (dettagliare)				
	Rivalutazione intensità assistenziale				

INFORMAZIONI UTILI DI CARATTERE SOCIO-ASSISTENZIALE

INDICARE EVENTUALE PRESENZA DI SUPPORTO SOCIO ASSISTENZIALE				
Indennità di Accompagnamento				
Fondi Regionali <small>(specificare)</small>	Non autosufficienza (legge 12/06)	Gravissime disabilità	Progetto Vita Indipendente	Dopo di Noi
	Voucher badante	Altro (specificare)		
Supporti Sociali <small>(specificare)</small>	Assistente Sociale Territorio	Percorso inclusione socio-lavorativo	Centro Ascolto	Attività di socializzazione
	Gruppi	Altro (specificare)		
Protezione Giuridica	Amministratore di sostegno	Tutore	Curatore	Altro (specificare)

CAPACITA' RELAZIONALI

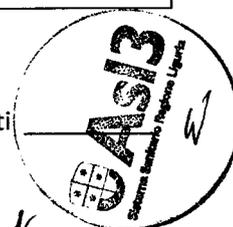
Capacità relazionali			
Intrattiene relazioni sociali	Possiede socialità ma non trova riferimenti	Intrattiene rapporti solo con i familiari o persone di riferimento	Rifiuta o non è in grado di intrattenere rapporti con gli altri
Capacità di rimanere solo			
Si sempre	Per frazione della giornata	Non di notte/ Non di giorno	Mai
Necessità di supporto psicologico			
Nessuno	Di gruppo	Individuale	Altro
Necessità di socializzazione organizzata			
Nessuno	Saltuari	Social Club	Altro

Iniziali del paziente |_|_|

Anno di nascita _____

Codice Gigi Ghirotti _____

[Firma]



PREVIDENZIALE

Invalità civile	No	Fino al 73%	>74%
Indennità accompagnamento	No	Si	
Legge 104/92	Art.3 c.1	Art.3 c.3	
Cieco civile	No	Si	
Sordo civile	No	Si	

RETE FAMILIARE E SOCIALE

Convivente con problematiche psico-socio sanitarie e/o con ridotta autosufficienza	Si	No	
Rete sociale (formale e informale)	Presente	Parzialmente presente	Non presente
Partner conviventi			
Altri parenti			
Volontari			
Vicini			
Amici			

N.B. COMPILAZIONE SULLO SPORTELLO POLIFUNZIONALE DISTRETTUALE (SPD) DELLA SCHEDA AGED PLUS F

La **valutazione dell'intensità assistenziale** si basa sul calcolo del Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA). Il CIA si ottiene dal rapporto tra numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e numero di Giornate di Cura (GdC) ovvero tra le giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare e le giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma.

Fasce assistenziali	CIA - GEA
Alta	CIA > a 0,50 (5 e oltre GEA a settimana)*
Media	CIA ≥ 0,31 e ≤ 0,50 (in media 3/4 GEA a settimana)*
Bassa	CIA > 0,14 e ≤ 0,30 (in media due GEA a settimana)*
Livello Base	CIA ≤ 0,14 (in media un GEA a settimana)*

*media complessiva di GEA (Giornate di Effettiva Assistenza) settimanali di assistenza

Data di compilazione _____ Timbro e firma per l'Equipe _____

Data rivalutazione programmata _____

Timbro e firma del Medico segnalante _____

Iniziali del paziente | _ | _ |

Anno di nascita _____

Codice Gigi Ghirotti _____

