

Regolamentazione delle verifiche sull'utilizzo delle risorse economiche erogate ai soggetti convenzionati nelle materie di competenza della S.C. Affari Generali e Legali

Matrice delle revisioni

<i>Revisione</i>	<i>Data</i>	<i>Descrizione</i> <i>(Tipo Modifica)</i>	<i>Redatto da</i>	<i>Approvato da</i>
01	Novembre 2024	Revisione	SC Affari Generali e Legali	Direttore Generale

Regolamentazione delle verifiche sull'utilizzo delle risorse economiche erogate ai soggetti convenzionati nelle materie di competenza della S.C. Affari Generali e Legali

Indice

Art. 1 - Finalità delle verifiche.

Art. 2 - Aree convenzionali omogenee di competenza della SC Affari Generali e Legali.

Art. 3 – Principi generali.

Art. 4 - Criteri e modalità di verifica.

Art. 5 – Riferimenti legislativi.

Art. 6 - Schede per le verifiche.

Art. 1 - Finalità delle verifiche.

Il presente atto è diretto a regolamentare le verifiche sull'utilizzo delle risorse economiche erogate ai soggetti convenzionati di competenza della S.C. Affari Generali e Legali in un'ottica di razionalizzazione dei processi e recupero dell'efficienza in un contesto di risorse limitate, tenendo conto delle specificità di ciascuna area convenzionale omogenea.

Art. 2 - Aree convenzionali omogenee di competenza della S.C. Affari Generali e Legali.

1. Ai fini del presente atto si individuano di seguito le aree convenzionali omogenee di competenza della SC Affari Generali e Legali:

- strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti,
- organizzazioni non lucrative (cd. Terzo Settore) operanti nel settore socio-sanitario.

Relativamente alle organizzazioni non lucrative (cd. Terzo Settore) disciplinate dal D.Lgs. n. 117/2017 si rimanda allo specifico Regolamento AsFO approvato con Decreto n. 434/2023 che approfondisce, tra gli altri, anche la tematica delle verifiche dei contributi assegnati agli Enti medesimi.

Art. 3 - Principi generali.

1. L'Amministrazione effettua controlli sia sulla documentazione presentata a corredo della domanda, sia nel corso o al termine dell'attività oggetto dell'erogazione economica e comunque annualmente.
2. Qualora il vantaggio economico sia utilizzato impropriamente, al di fuori dei casi previsti dalla relativa concessione o, comunque, violando le disposizioni nella stessa contenute, l'Amministrazione si riserva di agire in giudizio per la tutela dei propri interessi anche attraverso la richiesta di risarcimento dei danni subiti oltre all'azione di rivalsa per quanto erogato che risulti non dovuto.
3. L'Amministrazione ed i propri funzionari non sono responsabili per gli atti emanati in conseguenza di false dichiarazioni.

Art. 4 - Criteri e modalità di verifica.

1. Tutti i rendiconti presentati da ciascun soggetto beneficiario di erogazioni economiche sono soggetti a controlli formali.
 2. Si procede, inoltre, a verifica a campione di almeno il 10% delle rendicontazioni presentate. La verifica della S.C. Affari Generali e Legali ha ad oggetto la rispondenza tra i dati autocertificati e i documenti di spesa agli atti dei soggetti convenzionati (ad esempio, cedolini, fatture e ogni altro documento che attesti la spesa sostenuta e sia menzionato nel rendiconto). In tal caso copia di tutta la documentazione di spesa oggetto della verifica viene richiesta al soggetto convenzionato. A completamento dell'istruttoria viene redatto apposito verbale.
 3. Oltre ai controlli a "campione" vengono effettuati controlli "puntuali" qualora insorgano ragionevoli dubbi sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni per incoerenza delle informazioni e dei dati resi, inattendibilità delle stesse, imprecisioni e omissioni.
 4. Con riferimento all'area omogenea relativa alle strutture residenziali e semiresidenziali:
 - il rendiconto per le strutture residenziali deve essere presentato su appositi prospetti predisposti dall'Azienda (si veda allegati 1, 2, 3) e deve contenere le indicazioni previste dal relativo accordo convenzionale. In particolare, sono autocertificate:
 - a) le ore lavorate da ciascun operatore, distinte per qualifica professionale e per tipologia di rapporto di lavoro, con indicazione della relativa spesa lorda sostenuta e documentabile. Tale rendiconto deve riguardare le ore e le spese di assistenza infermieristica e riabilitativa, nonché per eventuali prestazioni rese da altro personale sanitario, complessivamente erogate per la totalità dei posti letto autorizzati e, quindi, non limitatamente ai soli posti letto convenzionati ;
 - b) le spese effettivamente sostenute per la gestione dei rifiuti speciali e i riferimenti delle fatture o di altra documentazione fiscalmente equivalente ;
 - c) l'elenco dei trasporti sanitari effettuati con l'indicazione, per ciascun trasporto, della giornata in cui è avvenuto, del luogo di destinazione, dei chilometri effettuati, del nominativo dell'ospite trasportato e del numero dell'impegnativa del medico o altra documentazione attestante la rilevanza sanitaria del trasporto nonché i riferimenti delle fatture o di altra documentazione fiscalmente equivalente relativi alle spese effettivamente sostenute nel caso in cui il trasporto sia stato effettuato da soggetti terzi autorizzati;
 - d) le spese effettivamente sostenute per la gestione del coordinamento infermieristico, con l'indicazione delle ore lavorate, distinte per tipologia di rapporto di lavoro, nonché della relativa spesa lorda sostenuta e documentabile;
 - e) le spese effettivamente sostenute per la figura del Direttore sanitario e i riferimenti delle fatture o di altra documentazione fiscalmente equivalente;
 - f) possono essere rendicontate tutte le spese effettivamente sostenute dalle Residenze per le prestazioni infermieristiche, fisioterapiche, di coordinamento infermieristico, rifiuti speciali e trasporti sanitari per le quali non sono previsti rimborsi da altri enti, nonché gli importi relativi ai ratei per il TFR del personale dipendente.
 - g) Il rendiconto è accompagnato da una autocertificazione redatta in osservanza del D.P.R. n. 445/2000, come da allegato 3).
- Il rendiconto per le strutture semiresidenziali deve essere presentato su appositi prospetti predisposti dall'Azienda (si veda allegati 4, 5) e deve contenere le indicazioni previste dal relativo accordo convenzionale. In particolare, sono autocertificate:
- a) le ore lavorate da ciascun infermiere, distinte per tipologia di rapporto di lavoro, con indicazione della relativa spesa lorda sostenuta e documentabile.
- Il rendiconto è accompagnato da una autocertificazione redatta in osservanza del D.P.R. n. 445/2000, come da allegato 5).
5. Con riferimento all'area omogenea relativa alle organizzazioni non lucrative (c.d. Terzo Settore) si rinvia all' apposito Regolamento approvato con Decreto n. 434/2023.

Art. 5 Riferimenti legislativi.

D.P.Reg. n. 144/2015 e ss.mm. e ii, D.G.R. n. 145/2024, D.Lgs. n. 117/2017.

Art. 6 - Schede per le verifiche.

In allegato al presente atto di regolamentazione vengono allegate le schede con le quali i soggetti convenzionati provvedono a dichiarare lo svolgimento dell'attività e le spese conseguenti.

Allegato 1

PROSPETTO RENDICONTO SPESE SOSTENUTE PER ASSISTENZA SANITARIA

Denominazione struttura:	<i>(inserire denominazione residenza per anziani)</i>
---------------------------------	---

Periodo di riferimento:	<i>(inserire il periodo di tempo al quale fa riferimento di rendiconto presentato)</i>
--------------------------------	--

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

DATI ANAGRAFICI OPERATORI			Tipologia di rapporto di lavoro	ORE EFFETTIVE LAVORATE NEL PERIODO DI RIFERIMENTO												TOTALE SPESA SOSTENUTA (nel periodo di riferimento)	
Cognome	Nome	Data di nascita		gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic		TOTALE ORE
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
			TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA														€ -

GG. Presenza	p.l. N2	p.l. N3
---------------------	----------------	----------------

ASSISTENZA RIABILITATIVA

DATI ANAGRAFICI OPERATORI			Tipologia di rapporto di lavoro	ORE EFFETTIVE LAVORATE NEL PERIODO DI RIFERIMENTO													TOTALE SPESA SOSTENUTA (nel periodo di riferimento)
Cognome	Nome	Data di nascita		gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	TOTALE ORE	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
TOTALE ASSISTENZA RIABILITATIVA																	€ -

GG. Presenza totali _____

R.G.A.

DATI ANAGRAFICI			Tipologia di rapporto di lavoro	ORE EFFETTIVE LAVORATE NEL PERIODO DI RIFERIMENTO													TOTALE SPESA SOSTENUTA (nel periodo di riferimento)
Cognome	Nome	Data di nascita		gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	TOTALE ORE	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
TOTALE																	€ -

Data: _____

Firma: _____

PROSPETTO RENDICONTO SPESE SOSTENUTE PER GESTIONE RIFIUTI SPECIALI E TRASPORTI SANITARI

Denominazione struttura: *(inserire denominazione residenza per anziani)*

Periodo di riferimento: *(inserire il periodo di tempo al quale fa riferimento di rendiconto presentato)*

RIFIUTI SPECIALI

Tipo documento ⁽¹⁾	Estremi documento ⁽¹⁾	Fornitore	Importo spesa sostenuta
		TOTALE RIFIUTI SPECIALI	€ -

TRASPORTI SANITARI

Facsimile prospetto rendiconto per trasporti sanitari effettuati direttamente dalla Residenza con mezzi propri

Data trasporto	Targa mezzo	Destinazione	Cognome e nome utente trasportato	N. impegnativa ⁽²⁾	Tot. Km	⁽³⁾ Prezzo carburante	Quota forfettaria	Totale spesa ⁽⁴⁾
							€ 25,00	
							€ 25,00	
							€ 25,00	
TOTALE TRASPORTI SANITARI							€ -	

Rendiconto per trasporti sanitari effettuati da soggetti terzi autorizzati

Tipo documento⁽¹⁾	Estremi documento⁽¹⁾	Fornitore	Cognome e nome utente trasportato	N. impegnativa⁽²⁾	Importo spesa sostenuta
TOTALE TRASPORTI SANITARI					€ -

(1) Indicare i riferimenti delle fatture o di altra documentazione fiscalmente equivalente

(2) Indicare il numero dell'impegnativa del medico o altra documentazione attestante la rilevanza sanitaria del trasporto

(3) Consultare la tabella "Prezzi dei carburanti 202..." accedendo, previa registrazione, alla Sezione "costi chilometrici" del sito www.aci.it e individuare il prezzo del carburante scegliendo il valore disponibile del costo della benzina con data più recente rispetto al momento in cui è stato effettuato il trasporto (scegliere sempre sulla base del costo della benzina, anche se il mezzo è diesel)

(4) Moltiplicare per 1/5 (cioè 0,2) il prezzo del carburante - così come individuato secondo quanto indicato al punto (3) - e moltiplicare il valore ottenuto per il numero di chilometri effettuati. All'importo ottenuto sommare quindi la quota forfettaria di € 25,00 per viaggio A/R

PROSPETTO RENDICONTO SPESE SOSTENUTE PER GESTIONE COORDINAMENTO INFERMIERISTICO

Denominazione struttura: (inserire denominazione residenza per anziani)

Periodo di riferimento: (inserire il periodo di tempo al quale fa riferimento di rendiconto presentato)

COORDINAMENTO INFERM.

DATI ANAGRAFICI OPERATORI			Tipologia di rapporto di lavoro	ORE EFFETTIVE LAVORATE NEL PERIODO DI RIFERIMENTO												TOTALE SPESA SOSTENUTA (nel periodo di riferimento)	
Cognome	Nome	Data di nascita		gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic		TOTALE ORE
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
																0,0	
			TOTALE														€

Data: _____

Firma: _____

Allegato 3 (rif. art. 13, c.2 convenzione)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Per stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato

(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (prov. ___) il _____, residente a _____ in Via _____ n. ___, in qualità di _____ della Residenza per anziani non autosufficienti _____ con sede a _____,

valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, della normativa sopra indicata, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

che la spesa complessiva di euro _____ di cui al rendiconto allegato riferito al periodo dal _____ al _____, è stata interamente utilizzata per le finalità previste dalla Convenzione sottoscritta con l'Azienda sanitaria _____ e che gli importi rendicontati si riferiscono esclusivamente a spese sanitarie sostenute per:

- personale dedicato all'assistenza infermieristica, come da articolo 8 della Convenzione
- personale dedicato all'assistenza riabilitativa, come da articolo 8 della Convenzione
- spese per rifiuti speciali, come da articolo 11 della Convenzione
- spese per trasporti sanitari, come da articolo 11 della Convenzione
- spese per coordinamento infermieristico, come da articolo 11 della Convenzione

spese per direzione sanitaria, come da articolo 7 bis della Convenzione

spese per altre figure sanitarie

DICHIARA ALTRESÌ

- che gli importi rendicontati corrispondono a costi effettivamente a carico dell'Ente;
- che, tutti gli importi indicati in rendiconto sono stati integralmente pagati dall'Ente, ad eccezione di quelli relativi ai ratei per il TFR del personale dipendente;

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 30.6.2003 n. 196 come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGA

- copia del documento di identità valido del soggetto firmatario (per sottoscrizione autografa)
- rendiconto periodo dal _____ al _____ (allegati sub.B1 e sub.B2)

Luogo e data

Firma del Dichiarante

SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE _____

**PROSPETTO ANALITICO SPESE ASSISTENZA SANITARIA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
(PERSONALE SANITARIO)**

A) INFERMIERI

a1 - Prestazioni a convenzione (liberi professionisti, servizi appaltati)

TIPO DOCUMENTO	ESTREMI DOCUMENTO	FORNITORE	IMPORTO	CAUSALE	NUMERO ORE
TOT.					TOT.

a2 - Prestazioni personale dipendente

riportare, per ciascun dipendente, i dati del cedolino annuale specificando il periodo di lavoro e se tempo pieno o parziale

Data _____

firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Per stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato

(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (prov. ____) il _____ e residente a _____ in Via _____ n. ____ in qualità di _____ del Servizio semiresidenziale per non autosufficienti (Centro Diurno) _____ valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, della normativa sopra indicata, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

che la spesa complessiva di euro _____ (euro in lettere _____) documentata come da rendiconto dell'anno _____ allegato, è stata interamente utilizzata per le finalità previste dalla Convenzione per l'assistenza sanitaria ai non autosufficienti ospiti del Centro Diurno sottoscritta con AsFO di Pordenone. In particolare, il sottoscritto

DICHIARA

- che gli importi elencati si riferiscono esclusivamente a spese sanitarie per personale infermieristico

- che l'Ente ha provveduto all'integrale pagamento degli importi indicati in rendiconto
- che le giornate di apertura del Centro Diurno sono state_____ nell'anno_____

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 30.6.2003 n. 196 come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, _____ IL DICHIARANTE _____

Si allega fotocopia del documento di identità in corso di validità (nel caso di sottoscrizione autografa)