

(BUR20030124)

**D.g.r. 7 aprile 2003 - n. 7/12620**

(3.1.0)

**Definizione della nuova unità di offerta «Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con disabilità» (RSD). Attuazione dell'art. 12, comma 2 della l.r. 11 luglio 1997, n. 31**

#### LA GIUNTA REGIONALE

Vista la l.r. 7 gennaio 1986, n. 1 «Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia»;

Visto il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato con successivo d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 «Riordino della disciplina in materia sanitaria»;

Visto il d.P.R. 14 gennaio 1997 «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private»;

Vista la l.r. 11 luglio 1997, n. 31 «Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali» e, in particolare, gli artt. 4 e 12 per quanto relativo all'accreditamento delle strutture pubbliche e private e l'art. 6 per quanto relativo alla competenza delle Amministrazioni Provinciali in materia di autorizzazione al funzionamento dei servizi;

Vista la l.r. 5 gennaio 2000, n. 1 «Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112»;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»;

Visto il d.p.c.m. 14 febbraio 2001 «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie»;

Richiamate:

- la d.c.r. 23 dicembre 1987, n. 871 di approvazione del Piano regionale socio-assistenziale per il triennio 1988/1990 e sue successive modifiche, integrazioni e proroghe;
- la d.g.r. 8 agosto 1997, n. 30713 «Accreditamento provvisorio delle residenze e centri diurni per handicappati appartenenti al sistema socio-sanitario. Finanziamenti a carico del Fondo Sanitario per l'anno 1997»;
- la d.g.r. 29 dicembre 1997, n. 33925 «Requisiti per l'accreditamento di nuove strutture residenziali e diurne appartenenti al sistema socio-sanitario. Finanziamenti a carico del Fondo Sanitario per l'anno 1997»;
- la d.g.r. 19 gennaio 2001, n. 3130 «Proroga per l'anno 2001 delle disposizioni in merito all'accreditamento delle strutture socio-sanitarie per anziani e disabili, e degli Istituti di riabilitazione extraospedaliera, ex art. 26 della legge n. 833/78. Disposizioni in merito agli incrementi tariffari»;
- la d.g.r. 8 novembre 2002, n. 11007 «Conferma dell'accreditamento dei servizi socio-sanitari per handicappati e contestuale variazione del numero dei posti. Finanziamento a carico del Fondo Sanitario per l'anno 2002»;

Rilevato che l'attuale sistema di autorizzazione al funzionamento, basato sul possesso di precisi requisiti strutturali e gestionali, come definito dalla l.r. n. 1/86, dal Piano regionale socio-assistenziale 1988/90 e dai conseguenti atti regionali in loro attuazione, ha portato alla individuazione di tre livelli di autorizzazione (provvisoria o pluriennale o permanente) che devono essere ricondotti ad un unico riferimento autorizzativo;

Evidenziato inoltre che l'attuale sistema dei servizi residenziali per disabili ha portato alla presenza sul territorio delle seguenti unità di offerta:

- Istituti Educativi Assistenziali per handicappati (IEAH),
- Centri Residenziali per handicappati (CRH),
- Istituti di Riabilitazione extraospedaliera (IDR ex art. 26 legge 833/78);

Vista la d.c.r. 13 marzo 2002, n. 462 di approvazione del «Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004»;

Richiamati in particolare i seguenti obiettivi fissati per il triennio 2002-2004:

- trasformazione dei Centri residenziali per handicappati (CRH) e degli Istituti educativi assistenziali per handicappati (IEAH) in un'unica tipologia di residenza sanitaria assistenziale per disabili: la RSH;
- esigenza di ricondurre le attività di riabilitazione erogate in regime residenziale dagli Istituti di Riabilitazione extraospedaliera (IDR) alle tipologie definite dal Provvedimento 7 maggio 1998 «Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione» della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, pubblicate sulla G.U. del 30 maggio 1998, n. 124, con la conseguente fuoriuscita dal sistema della riabilitazione delle persone che necessitano di interventi socioriabilitativi che sono assicurati dalla nuova offerta residenziale unica: RSH;
- riqualificazione della rete attraverso l'aggiornamento dell'istituto autorizzativo;
- definizione dei requisiti strutturali e gestionali attraverso la costruzione di modelli assistenziali sulla base delle caratteristiche della popolazione destinati:
  - alla classificazione degli ospiti in base al grado di fragilità, ai bisogni socioriabilitativi e alla conseguente tipologia delle prestazioni erogate;
  - alla definizione delle modalità di remunerazione delle prestazioni rese dagli enti gestori;

Considerato che l'attuale evoluzione del sistema dei servizi, degli interventi e delle iniziative rivolte a persone con handicap ha portato a definire in modo più appropriato i destinatari dei servizi residenziali meglio identificabili quali persone con disabilità o disabili per cui la nuova unità di offerta residenziale viene identificata in modo più appropriato come Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con disabilità - RSD - superando la dizione di RSH, come indicata nel Piano Socio Sanitario Regionale;

Dato atto che ai sensi della legge regionale n. 31/97, artt. 4 e 12 come modificati dalla legge regionale n. 3/01, art. 4, la Giunta definisce le condizioni e le modalità di accreditamento;

Ritenuto di fissare, per tale nuova unità di offerta, gli stessi standard strutturali e gestionali validi sia per l'autorizzazione al funzionamento che per l'accreditamento;

Dato atto altresì che tutti i CRH e gli IEAH già in possesso di autorizzazione al funzionamento, provvisoria o pluriennale o permanente, così come definite da ultimo nella d.g.r. 8 novembre 2002 n. 11007, sono tenuti a rispettare e ad adeguarsi agli standard strutturali, di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Preso atto della conseguente necessità di confermare temporaneamente il sistema autorizzativo a tutt'oggi in vigore alle strutture che, alla data di pubblicazione del presente provvedimento, siano già state autorizzate e accreditate. Tale conferma temporanea è subordinata alla presentazione, entro 9 mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, di un piano delle opere di adeguamento, della durata massima di cinque anni, a tutti gli standard strutturali previsti per l'autorizzazione al funzionamento ed all'accreditamento previsti dall'allegato A, fatta salva la capacità ricettiva massima complessiva e per nucleo abitativo e valutando i vincoli derivanti dalla struttura preesistente o da vincoli edilizi. Entro lo stesso termine deve essere presente nella struttura lo standard gestionale di cui all'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Definito che al medesimo obbligo di cui al punto precedente è subordinato il rilascio di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento per le RSD già funzionanti come IDR, per le quali sono del pari salvaguardate le capacità ricettive di nucleo e di struttura;

Ritenuto di applicare le disposizioni di cui ai due precedenti punti anche ai nuovi provvedimenti di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento delle nuove RSD i cui lavori risultino già iniziati alla data di pubblicazione del presente provvedimento o che abbiano ottenuto la concessione edilizia o che siano oggetto di interventi non soggetti a concessione edilizia per cui sia stata presentata la dichiarazione di inizio di attività;

Precisato che la Azienda Sanitaria Locale (ASL) e la Provincia, competenti per territorio, provvedono alla approvazione di detto piano delle opere di adeguamento, sulla realizzazione del quale la ASL stessa vigila, con facoltà da parte di entrambi gli enti e per le rispettive competenze, di revoca del parere positivo alla conferma temporanea dell'autorizzazione/accreditamento nel caso che gli interventi ed i tempi di adeguamento non rispettino il piano approvato;

Ritenuto di demandare alla Giunta regionale la definizione e l'erogazione del «premio di qualità aggiunta» per le RSD che realizzeranno anticipatamente il piano delle opere di adeguamento;

Ritenuto di stabilire che gli Enti gestori di RSD accreditate debbano obbligatoriamente trasmettere alla ASL competente per territorio e alla Regione i dati relativi alle caratteristiche degli ospiti, alle liste di attesa ed alle caratteristiche della struttura da raccogliere ed inviare secondo tempi e modalità descritti nell'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Ritenuto, altresì, di definire i nuovi criteri per la definizione della dotazione di personale validi sia per l'autorizzazione al funzionamento che per l'accreditamento in funzione della fragilità e del carico assistenziale degli ospiti così come indicato nell'allegato C parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Dato atto che per l'identificazione di tutti gli elementi necessari alla definizione della nuova unità di offerta residenziale per disabili - RSD - è stata condotta una sperimentazione regionale su un campione significativo delle attuali unità d'offerta residenziale per disabili ai fini della raccolta e validazione degli elementi di cui sopra;

Rilevata poi la necessità di procedere alla individuazione di un sistema di classificazione degli ospiti in funzione del grado di fragilità, dei bisogni assistenziali, educativi, riabilitativi e sanitari, del conseguente carico assistenziale e delle relative risorse assorbite così come esplicitato nell'allegato D, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, procedendo alla implementazione di un sistema informativo regionale che attivi un flusso di dati standardizzato utile al monitoraggio delle unità d'offerta;

Ravvisata la necessità di stabilire, così come indicato nell'allegato E, parte integrante del presente provvedimento, i criteri generali per la remunerazione delle prestazioni rese dagli Enti Gestori in funzione della classificazione degli ospiti, determinata secondo il sistema di cui al punto precedente, rinviando ad un successivo provvedimento della Giunta regionale la quantificazione delle remunerazioni per classi di ospiti a carico del fondo sanitario nonché la definizione delle modalità per la transizione dal vecchio al nuovo sistema;

Ritenuto di procedere altresì all'individuazione dei criteri e delle modalità per la definizione degli accordi contrattuali tra le ASL e gli stessi Enti Gestori per la remunerazione delle prestazioni rese nelle strutture accreditate così come indicato nell'allegato F, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Ravvisata la necessità di prevedere, a modifica di quanto precedentemente disposto con d.g.r. n. 35580 del 7 aprile 1998, che con l'applicazione del nuovo sistema, le ASL di ubicazione delle strutture accreditate effettuano alle RSD accenti mensili in misura pari all'85% di un dodicesimo del fatturato della spesa sanitaria dell'anno precedente, stabilendo che alla ASL compete, inoltre, l'erogazione dei relativi saldi entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura;

Valutata l'opportunità di istituire il registro regionale delle RSD accreditate;

Ritenuto di prevedere che ogni RSD dovrà dotarsi di una «Carta dei servizi» i cui contenuti saranno definiti da apposita circolare della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale;

Preso atto che sono state condotte consultazioni ed incontri con Enti Gestori, con ASL, con Province ed il Tavolo del terzo

settore che hanno prodotto note, osservazioni ed integrazioni valutate nella stesura del seguente provvedimento;

Dato atto che la presente deliberazione non comporta impegni di spesa;

Acquisita l'intesa con la Commissione Consiliare competente: 27 marzo 2003;

Ritenuto di dover pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale;

Visto il d.p.g.r. 24 maggio 2000, n. 13371 con il quale il Presidente della Giunta regionale ha conferito a Gian Carlo Abelli l'incarico di Assessore alla Famiglia e Solidarietà Sociale;

Vista la d.g.r. 27 dicembre 2001, n. 7622, inerente l'assetto organizzativo della Giunta regionale;

Ad unanimità dei voti espressi nelle forme di legge

#### Delibera

Per quanto in parte motiva:

1. di individuare, all'interno del sistema socio sanitario regionale, una tipologia di servizio residenziale socio sanitario per persone con disabilità, denominata Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con disabilità, in seguito indicata RSD, nella quale confluiscono le seguenti unità di offerta:

- Istituti Educativi Assistenziali per handicappati (IEAH),
- Centri Residenziali per handicappati (CRH),
- Istituti di Riabilitazione extraospedaliera (IDR ex art. 26 legge 833/78);

2. di precisare che nelle RSD sono accolti gli attuali ospiti dei Centri residenziali per handicappati (CRH), degli Istituti Educativi Assistenziali per handicappati (IEAH) e quelli degli Istituti di Riabilitazione extraospedaliera (IDR ex art. 26 legge 833/78) che necessitano di interventi socio riabilitativi che saranno assicurati dalla RSD;

3. di approvare i requisiti strutturali unici validi sia per l'autorizzazione al funzionamento che per l'accreditamento delle nuove RSD, indicati nell'allegato A parte integrante e sostanziale del provvedimento;

4. di confermare temporaneamente il sistema autorizzato a tutt'oggi in vigore alle attuali strutture CRH e IEAH che, alla data di pubblicazione del presente provvedimento, siano già state accreditate e/o autorizzate;

5. di subordinare la conferma temporanea di cui al precedente punto, alla presentazione, entro nove mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, di un piano delle opere di adeguamento, della durata massima di cinque anni, a tutti gli standard requisiti di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento previsti dall'allegato A, fatta salva la capacità ricettiva massima complessiva e per nucleo abitativo e valutando i vincoli derivanti dalla struttura preesistente o da vincoli edilizi. Entro lo stesso termine deve essere presente nella struttura lo standard gestionale di cui all'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

6. di definire che al medesimo obbligo di cui al punto precedente è subordinato il rilascio di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento per le RSD già funzionanti come IDR, per le quali sono del pari salvaguardate sia le capacità ricettive di nucleo e di struttura che i vincoli derivanti dalla struttura preesistente o da vincoli edilizi. Entro lo stesso termine deve essere presente nella struttura lo standard gestionale di cui all'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

7. di applicare le disposizioni di cui ai due precedenti punti, 5 e 6, anche ai nuovi provvedimenti di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento delle nuove RSD i cui lavori risultino già iniziati alla data di pubblicazione del presente provvedimento o che abbiano ottenuto la concessione edilizia o che siano oggetto di interventi non soggetti a concessione edilizia per cui sia stata presentata la dichiarazione di inizio di attività;

8. di precisare che la Azienda Sanitaria Locale (ASL) e la Provincia, competenti per territorio, provvedono alla approvazione di detto piano delle opere di adeguamento, sulla realizzazione del quale la ASL stessa vigila, con facoltà da parte di entrambi gli enti e per le rispettive competenze, di revoca del parere positivo alla conferma temporanea dell'autorizzazione/accreditamento nel caso che gli interventi ed i tempi di adeguamento non rispettino il piano approvato;

9. di demandare alla Giunta regionale la definizione e l'ero-

gazione del «premio di qualità aggiunta» per le RSD che realizzeranno anticipatamente il piano delle opere di adeguamento;

10. di stabilire che gli Enti Gestori di R.S.D accreditate debbano obbligatoriamente trasmettere alla ASL competente per territorio e alla Regione i dati circa le caratteristiche degli ospiti, i carichi assistenziali e gli indicatori di struttura, processo ed esito nonché i dati relativi alle liste d'attesa, raccolti ed inviati secondo i tempi e con le modalità descritti nell'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

11. di approvare i criteri di definizione della dotazione di personale validi sia per l'autorizzazione al funzionamento che per l'accreditamento come indicato nell'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

12. di approvare i criteri per la definizione del nuovo modello di classificazione degli ospiti come indicato nell'allegato D, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

13. di approvare i criteri per la remunerazione delle prestazioni erogate a carico del Fondo Sanitario, come riportati nell'allegato E, parte integrante e sostanziale del provvedimento, rinviando ad un successivo provvedimento della Giunta regionale la determinazione delle remunerazioni per classi di ospiti a carico del Fondo Sanitario nonché la definizione delle modalità per la transizione dal vecchio al nuovo sistema;

14. di approvare i criteri e le modalità di definizione degli accordi contrattuali tra le ASL e gli stessi Enti Gestori per la remunerazione delle prestazioni rese nelle strutture accreditate, come indicato nell'allegato F, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

15. di stabilire l'obbligo per l'ASL territorialmente competente della verifica e della vigilanza circa il possesso ed il mantenimento dei requisiti per l'accreditamento indicati nel presente provvedimento;

16. di dare mandato alla stessa ASL di integrare l'azione di controllo sui requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento con la verifica periodica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate rispetto ai parametri individuali costituenti il nuovo sistema di classificazione degli ospiti;

17. di prevedere, a modifica di quanto precedentemente disposto con d.g.r. n. 35580 del 7 aprile 1998, che con l'applicazione del nuovo sistema le ASL di ubicazione delle strutture accreditate effettuino alle stesse acconti mensili in misura pari all'85% di un dodicesimo del fatturato della spesa sanitaria dell'anno precedente, stabilendo che alla ASL compete inoltre l'erogazione dei relativi saldi entro 60 giorni dal ricevimento della fattura;

18. di istituire il registro regionale delle RSD accreditate;

19. di prevedere che ogni RSD dovrà dotarsi di una «Carta dei servizi» i cui contenuti saranno definiti da apposita circolare della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale;

20. di dare atto che il presente provvedimento non comporta impegni di spesa;

21. di disporre che il presente provvedimento venga pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lombardia e sul sito web della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà.

Il segretario: Sala

\_\_\_\_\_ • \_\_\_\_\_

ALLEGATO A

#### STANDARD STRUTTURALI PER LE RESIDENZE SANITARIO-ASSISTENZIALI PER PERSONE CON DISABILITÀ - RSD

ARTICOLAZIONE STRUTTURALE DELLE RSD	STANDARD STRUTTURALI
<b>Definizione</b>	La RSD, tra le tipologie della classe residenze sanitarie assistenziali, è quella specificamente destinata all'area della disabilità grave. In esse, in coerenza alle caratteristiche della classe, vengono pertanto garantite agli ospiti: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. prestazioni ad elevato grado di integrazione sanitaria,</li> <li>2. riabilitazione di mantenimento,</li> <li>3. residenzialità anche permanente,</li> <li>4. programmi Individualizzati,</li> <li>5. coinvolgimento delle famiglie.</li> </ol> Le RSD sono unità riferite alla competenza delle ASL e dei rispettivi Piani Triennali (PST). La loro validazione (autorizzazione ed accreditamento) costituisce titolarità regionale esercitata, per quanto attiene l'autorizzazione, tramite delega alle Province, per quanto riguarda l'accreditamento con provvedimento della Giunta regionale. Verso la tipologia RSD dovranno confluire le attuali tre tipologie di residenze per handicap: CRH, IEAH, IDR (quest'ultima solo per le tipologie di ospiti che rientreranno nelle classi definite per le RSD)
<b>Destinatari</b>	Le persone < a 65 anni, non assistibili a domicilio, nelle condizioni di disabilità - fisica, psichica, sensoriale, dipendenti da qualsiasi causa - misurate dalle «schede individuali disabili» - SIDI
<b>Standardizzazione</b>	Il presente standard strutturale costituisce riferimento unico sia per le autorizzazioni al funzionamento rilasciate dalle Province che per gli accreditamenti riconosciuti dalla Giunta regionale. Le prescrizioni sono sia generali che specificamente riferite alle articolazioni delle RSD: <ul style="list-style-type: none"> <li>- area abitativa: nuclei e loro dotazione interna di servizi;</li> <li>- area dei servizi per l'insieme di nuclei delle RSD: servizi sanitari, di vita collettiva, di socializzazione e reinserimento;</li> <li>- servizi generali.</li> </ul>
<b>A. Requisiti strutturali generali</b>	Ogni RSD deve garantire il possesso dei requisiti previsti da norme vigenti in materia di urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene e sicurezza, nonché quelli relativi alle norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche.
<b>A1. Capacità ricettiva</b>	Non superiore a n. 60 posti letto.
<b>B. Area abitativa</b>	Ogni RSD deve essere articolata in nuclei
<b>B1. Articolazione in nuclei e loro dimensionamento</b>	Fino ad un massimo di 20 posti letto. Esigenze derivanti dalla struttura preesistente o da vincoli edilizi possono consentire l'articolazione del nucleo su più piani
<b>B2. Camere da letto</b>	A uno o due o tre posti letto. Superfici minime di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- mq. 12 per le camere a un letto</li> <li>- mq. 18 per le camere a due letti</li> <li>- mq. 25 per le camere a tre letti</li> </ul>
<b>B3. Servizi igienici delle camere</b>	Uno ogni due camere, per un numero massimo di quattro ospiti. Il servizio igienico è dotato di lavabo, vaso, bidet o vaso/bidet, doccia o vasca.
<b>B4. Servizi di nucleo</b>	
• Servizi igienici	Locale bagno assistito dotato delle attrezzature idonee alla tipologia dell'utenza
• Vuotatoio/Lavapadelle	Servizio vuotatoio e lavapadelle, condivisibile per nuclei attigui

ARTICOLAZIONE STRUTTURALE DELLE RSD	STANDARD STRUTTURALI
• Armadi biancheria pulita	Armadi per la biancheria pulita o locale, eventualmente condivisibile per nuclei attigui
• Tisaneria	Tisaneria condivisibile anche con nucleo attiguo
• Postazione di servizio e di controllo	Riservato al personale condivisibile anche con nucleo attiguo
• Servizio igienico per il personale	In prossimità della postazione di controllo deve essere realizzato un servizio igienico per il personale, condivisibile anche con nucleo attiguo
• Ripostiglio	Ogni nucleo deve essere dotato di un locale ripostiglio per attrezzature e materiale d'uso degli ospiti condivisibile anche con nucleo attiguo
<b>C. Servizi sanitari</b>	
C1. Area di riabilitazione	Locale/locali per attività di tipo riabilitativo con superficie complessiva di almeno mq. 60
C2. Ambulatorio	Ambulatorio per visite mediche, medicazioni ed attività infermieristiche assistenziali
<b>D. Servizi di vita collettiva</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. locale/locali pranzo con superficie di almeno mq. 2,00 per ogni ospite</li> <li>2. spazio/spazi polivalenti per attività di socializzazione e reinserimento con superficie complessiva di almeno mq. 3,00 per ogni ospite</li> <li>3. servizi igienici accessibili ad ogni tipo di utilizzatore dotati di lavabo e wc: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 ogni 20 utenti</li> <li>• 1 per visitatori</li> <li>• 1 per il personale che opera nei servizi di vita collettiva</li> </ul> </li> </ol>
<b>E. Servizi generali</b>	
E1. Cucina, lavanderia, depositi, uffici	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio non è appaltato all'esterno); se il servizio è appaltato: locale o spazio per smistamento contenitori, riscaldamento e conservazione di cibi e bevande</li> <li>2. spogliatoi del personale</li> <li>3. lavanderia e stireria (se il servizio non è appaltato all'esterno)</li> <li>4. deposito sporco</li> <li>5. deposito pulito</li> <li>6. magazzino/i</li> <li>7. ufficio/i amministrativo/i</li> </ol>
E2. Spazio di accoglimento reception	Ingresso con area di accoglimento
E3. Corridoi	Larghezza minima dei corridoi mq. 2,00
E4. Segnaletica orientata a favorire gli spostamenti degli ospiti e dei visitatori	Presenza di cartellonistica o altra segnaletica ben intellegibile, anche e soprattutto in riferimento ai prevalenti deficit sensoriali degli ospiti
<b>F. Elementi costruttivi, arredi, attrezzature</b>	
F1. Porte	La luce netta di ogni porta (comprese quelle dei bagni) deve essere almeno 85 cm
F2. Arredi e attrezzature	Gli arredi e le attrezzature devono essere adatti alle varie tipologie di disabilità degli ospiti e devono possedere caratteristiche tali da agevolare le operazioni e la pulizia da parte del personale
<b>G. Impianti tecnologici</b>	
G1. Impianto di sollevamento verticale	Per le RSD a più piani è prescritta l'installazione di ascensore e/o montalettighe per lo spostamento degli ospiti non deambulanti
G2. Impianto citofonico o di segnalazione	Le camere da letto, i servizi igienici devono essere dotati di dispositivi di segnalazione idonei a segnalare agli operatori o a chiunque sia addetto al controllo degli utenti le richieste di aiuto e di assistenza

— • —

## ALLEGATO B

**DEBITO INFORMATIVO  
DELLE RESIDENZE SANITARIO-ASSISTENZIALI  
PER PERSONE CON DISABILITÀ - RSD**

**Introduzione**

Secondo quanto previsto dalla presente deliberazione gli Enti gestori delle Residenze Sanitario-Assistenziali per persone con disabilità - RSD, pubbliche e private, accreditate della Regione Lombardia devono trasmettere periodicamente alla A.S.L. competente per territorio e alla Regione Lombardia informazioni relative ad ogni ospite ed alla struttura stessa.

Per strutture autorizzate ma non accreditate il flusso dei dati avverrà tramite una scheda struttura appositamente predisposta dalla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale che costituirà il debito informativo verso le ASL e la Regione.

Per quanto riguarda le strutture accreditate le informazioni da trasmettere devono essere raccolte nei flussi distinti che si possono sintetizzare come segue:

- scheda individuale del disabile (SIDi per utenti fino a 65 anni);
- scheda di osservazione intermedia dell'assistenza (SOSIA per utenti > 65 anni);

- scheda monitoraggio liste di attesa;
- scheda di struttura.

La *scheda individuale del disabile* (SIDi) è parte integrante del fascicolo sanitario e assistenziale di ogni ospite. È lo strumento di rilevazione delle «fragilità» e delle «capacità» dell'ospite, essenziali per valorizzare ed orientare il complesso delle risposte di cura personale e di qualità della vita che la struttura è chiamata ad offrire alla persona disabile. In tale ambito essa costituisce un elemento in grado di fornire, al gestore della struttura, elementi atti a valutare il carico assistenziale, educativo, riabilitativo ed infermieristico di cui gli ospiti necessitano al fine di orientare i servizi, le attività e le diverse tipologie di prestazioni offerte.

La scheda individuale del disabile è inoltre finalizzata:

- a consentire la definizione della Classe di remunerazione di appartenenza del singolo disabile e, di conseguenza, gli standard che la struttura è tenuta ad assicurare;
- a consentire le eventuali modifiche della Classe di remunerazione appartenenza del singolo disabile a seguito della modifica della situazione clinica e delle abilità funzionali della singola persona disabile;
- a consentire l'esercizio delle funzioni di verifica e controllo, sia delle ASL che della Regione.

La scheda deve essere compilata annualmente e trasmessa

alla Regione, tramite le ASL, entro il 31 gennaio. Le nuove ammissioni, le variazioni della situazione dell'ospite nonché le dimissioni vanno trasmesse, tramite l'ASL, alla Regione entro 15 giorni dall'avvenuta variazione.

La *scheda SOSIA*: per quanto riguarda la scheda SOSIA si rimanda alla deliberazione n. 7435 del 14 dicembre 2001, ferme restando le date e le modalità di invio che si richiamano quelle sopra definite per la scheda SIDI.

La *scheda monitoraggio liste di attesa* è formata da tutte le informazioni che riguardano i soggetti disabili che richiedono di accedere ad una RSD. Essa deve essere aggiornata e trasmessa il 30 giugno e il 31 dicembre, direttamente alla Regione Lombardia.

La *scheda struttura* contiene informazioni relative a:

- le caratteristiche strutturali;
- gli aspetti e le caratteristiche gestionali.

La «scheda di struttura» deve essere compilata annualmente entro il 30 aprile ed inviata alla ASL di riferimento e alla Regione Lombardia.

### Flusso informativo

L'aggiornamento periodico dei dati e la loro elaborazione nonché i risultati che ne deriveranno, oltre che costituire uno strumento indispensabile di conoscenza dell'andamento delle attività per la Giunta regionale, saranno messi a disposizione anche delle Aziende Sanitarie e dei singoli Enti gestori dei servizi.

Le singole strutture saranno informate semestralmente sulla situazione relativa agli ospiti presenti nonché sugli standard gestionali attesi.

### MODALITÀ DI RACCOLTA DEI DATI

Le informazioni contenute nella Scheda monitoraggio liste di attesa, in SIDI e SOSIA devono essere raccolte per tutti gli ospiti che hanno presentato richiesta di inserimento e per tutti i ricoverati nelle RSD, pubbliche e private, sia per i ricoveri ordinari che per i ricoveri di sollievo o di pronto intervento/emergenza.

La compilazione della scheda SIDI, in osservanza delle istruzioni riportate nel presente documento, vedrà la collaborazione:

- del referente delle attività socio-sanitarie ed educative per quanto riguarda i dati relativi alle abilità dell'ospite;
- del referente sanitario della struttura o del nucleo in cui è inserito l'ospite per i dati clinici.

La compilazione della scheda SOSIA è a cura del referente sanitario della struttura o del nucleo in cui è inserito l'ospite.

La trasmissione di tali schede deve avvenire esclusivamente su supporto informatico. Il supporto è trasmesso con lettera firmata dal legale rappresentante dell'ente gestore della struttura, recante il numero dei *record* presenti (ogni *record* = un ricovero) a ogni rilevazione ed è responsabile della veridicità, completezza, accuratezza e qualità delle informazioni riportate e della loro tempestiva trasmissione.

Rimane a cura della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale la trasmissione dei dati opportunamente tutelati, agli aventi diritto di debito informativo, a cura e responsabilità dell'ente gestore rimane la trasmissione dei dati riferiti al singolo ospite in situazione di trasferimenti o di modifica di situazione.

Al fine di migliorare le modalità di comunicazione, è necessario che nell'ambito della RSD e delle ASL sia individuato un referente ed un suo sostituto per le attività di coordinamento e controllo dei dati di SIDI e di SOSIA. Il nominativo di tale referente (e dei suoi sostituti in caso di assenza) deve essere comunicato alla Regione.

Le indicazioni contenute in questo allegato B devono essere applicate, a partire dal mese successivo alla pubblicazione del provvedimento, a tutti gli ospiti presenti e a quelli che verranno successivamente accolti.

Dalla data di pubblicazione del presente provvedimento e per i successivi tre mesi, ogni RSD è tenuta ad effettuare una prima rilevazione sperimentale per tutti gli ospiti presenti, che verrà trasmessa, secondo le modalità stabilite da una successiva circolare della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, per SIDI, SOSIA e per la scheda struttura, mentre ogni RSD dovrà provvedere alla compilazione e trasmissione della scheda liste di attesa direttamente alla Regione, secondo le scadenze già indicate.

### Le principali caratteristiche delle schede

I dati da rilevare e da trasmettere alla Regione, oltre ai codici di identificazione della ASL e della struttura, sono raggruppati secondo i criteri sottoevidenziati per le diverse schede seguenti:

*I La Scheda Individuale del Disabile (SIDI) per gli ospiti fino a 65 anni* si compone di diverse parti:

- una parte che contiene elementi anagrafico-anamnestici;
- una parte relativa ai dati clinici e sanitari;
- una parte relativa alle abilità del soggetto disabile;
- una parte relativa ai dati amministrativi.

*II Scheda SOSIA per ospiti di età superiore a 65 anni*: si confermano le indicazioni della deliberazione della Giunta regionale n. 7435 del 14 dicembre 2001.

*III La Scheda monitoraggio liste d'attesa* si compone di diverse parti:

- una parte che contiene elementi anagrafico-anamnestici;
- una parte relativa ai dati clinici e sanitari.

*IV La Scheda di struttura*, con riferimento a quanto previsto nell'Allegato A la stessa consente di rilevare:

- requisiti strutturali;
- caratteristiche dei nuclei abitativi;
- servizi generali;
- requisiti gestionali;
- dati economico-finanziari.

ALLEGATO C

### STANDARD DI ASSISTENZA PRESCRITTI PER L'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO E L'ACCREDITAMENTO DELLE RSD

Si ritiene opportuno definire, ai fini degli standard gestionali per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accREDITAMENTO lo standard medio calcolato tra le diverse classi di appartenenza. Tale standard medio, in considerazione delle particolari caratteristiche delle strutture e dell'utenza ospite delle stesse viene definito in 1600 minuti settimanali per ogni ospite.

Al fine di assicurare agli ospiti un servizio che, complessivamente, risponda alle diverse esigenze di tipo assistenziale, educativo, riabilitativo ed infermieristico assicurando, contemporaneamente al gestore quella flessibilità capace di adattare gli standard di personale alle esigenze del singolo disabile, tale standard complessivo deve essere raggiunto rispettando i rapporti tra le diverse figure professionali secondo il seguente schema:

- per gli ospiti adulti e anziani:
  - 40% dello standard minuti settimanali per ospite assicurato da ausiliari socio assistenziali (A.S.A.);
  - 40% dello standard minuti settimanali per ospite assicurato da figure professionali appartenenti all'area educativa, all'area riabilitativa e all'area infermieristica;
  - 20% dello standard di minuti settimanali per ospiti definito dalla struttura sulla base dei progetti individualizzati tra le diverse figure professionali riconducibili alle aree sopra indicate a cui concorre anche il personale medico e psicologo;
- per ospiti di minore età:
  - 30% dello standard di minuti settimanali per ospite assicurato da ausiliari socio assistenziali (A.S.A.);
  - 50% dello standard di minuti settimanali per ospite assicurato da figure professionali appartenenti all'area educativa, all'area riabilitativa e all'area infermieristica;
  - 20% dello standard di minuti settimanali per ospite definito dalla struttura sulla base di progetti individualizzati tra le diverse figure professionali riconducibili alle aree sopra indicate a cui concorre anche il personale medico e psicologo.

Ai fini del raggiungimento degli standard di cui sopra, possono concorrere gli O.S.S.

Ad integrazione di quanto sin qui definito si precisa che:

- 1) l'assistenza medica generica dovrà essere garantita nel-

l'arco dell'intera giornata, anche utilizzando lo strumento della reperibilità, sia diurna che notturna, senza possibilità di ricorso al servizio di continuità assistenziale del medico di medicina generale dell'ASL a meno che questa possibilità sia esplicitamente prevista all'interno di una convenzione;

- 2) l'assistenza infermieristica dovrà essere garantita per almeno 7 ore giornaliere su tutta la struttura, nelle sole ore non coperte dal personale infermieristico potrà essere attivato un servizio di reperibilità infermieristica a condizione della contemporanea presenza figura dell'OSS nella struttura;
- 3) le ore di reperibilità non potranno essere conteggiate ai fini del raggiungimento dello standard minimo previsto; vengono invece conteggiate solo le ore di assistenza effettivamente rese nella struttura;
- 4) le funzioni di tipo educativo ed animativo dovranno essere garantite rispettivamente dall'educatore professionale (classe 2), e dall'operatore socio educativo (classe 18). In carenza di tale figura potrà essere coinvolto l'Animatore sociale (qualifica ad esaurimento) e personale con titolo universitario in discipline umanistiche;
- 5) concorrono al raggiungimento dello standard, limitatamente ad una quota massima del 20%, anche i volontari in possesso del titolo previsto ad erogare le prestazioni richieste;
- 6) per le strutture funzionanti in base ad autorizzazione e accreditate alla data di pubblicazione del presente provvedimento, per le quali lo standard minimo, indicato in questo allegato, non sia ancora garantito, è previsto l'obbligo di adeguamento entro nove mesi dalla data di pubblicazione del presente atto;
- 7) ai fini del raggiungimento degli obiettivi fissati nel progetto individualizzato possono altresì concorrere al raggiungimento degli standard relativi all'area educativa e all'area riabilitativa operatori diversi da quelli previsti ai punti precedenti quali: assistenti sociali, operatori che hanno sostenuto corsi di formazione/aggiornamento/specializzazione in musicoterapia, arteterapia, danzaterapia e teatroterapia oltre che esperti in lavori artigianali (maestri d'arte).

Per quanto riguarda la correlazione tra bisogni valutati attraverso le schede SIDI e SOSIA e la presenza delle figure professionali e la conseguente remunerazione, la struttura deve dimostrare, in sede di rendiconto, di aver assicurato, durante l'anno, agli ospiti, il totale dei minuti settimanali previsti dalla somma delle classi di appartenenza degli ospiti, come definito dall'allegato D, in base alle settimane di effettiva presenza degli stessi.

Per gli operatori presenti nei Centri residenziali handicap (CRH) e Istituti Educativo Assistenziali (IEAH) e Istituti di riabilitazione (IDR) sprovvisti dei titoli sopra citati la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale concorderà per corsi formativi.

Per tali operatori, in ogni caso, dovranno essere richieste alle Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio le deroghe al loro utilizzo e conteggio ai fini del raggiungimento dello standard.

#### ALLEGATO D

### MODALITÀ DI CLASSIFICAZIONE

L'introduzione delle schede di rilevazione (SIDI e SOSIA), con la conseguente raccolta dei dati relativi da parte delle RSD, consente l'elaborazione di un metodo per la definizione degli indicatori di fragilità e del carico assistenziale, educativo, riabilitativo ed infermieristico della popolazione ospite delle RSD lombarde, utile per costruire una nuova classificazione in fasce omogenee per condizione motoria, cognitiva e clinica e per carico assistenziale.

La scheda SIDI, Scheda Individuale Disabile nasce dalla sperimentazione condotta nel corso dell'anno 2002 in 16 Servizi residenziali per disabili che in totale ospitano 899 persone. Per l'identificazione dei bisogni della persona disabile, considerate le differenti tipologie diagnostiche e le differenti età delle persone, si è ritenuto opportuno utilizzare, integrandole, la scheda SOSIA (Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza) e la scheda VMSD (Valutazione Multidimensionale Soggetto Disabile). I due strumenti che analizzano le diverse compromissioni funzionali mediante:

- la scheda SOSIA attraverso una valutazione clinica e una valutazione della compromissione motoria utilizzando alcuni *item* derivati dalla scala Barthel (relativi a trasferimento letto-sedia, deambulazione, locomozione su sedia a rotelle, igiene personale ed alimentazione) e correlati agli *item* di comorbilità (relativi a patologie riferite all'apparato gastro-intestinale inferiore, all'apparato genito-urinario, al sistema muscolo-scheletrico e cute, al sistema nervoso centrale e periferico). L'analisi dei dati succitati consente di valorizzare in modo differenziato ogni *item* della mobilità e di determinare una suddivisione degli ospiti in due gruppi: compromissione motoria grave o moderata;
- la scheda VMSD e la scheda V.F.M (Valutazione funzionale Medullolesi) in grado di offrire elementi per una valutazione relativa alle aree motoria (locomozione, uso della carrozzina), cura del sé (alimentazione, igiene personale, vestirsi, vita di relazioni), che, opportunamente correlate tra loro, consentono di valutare il bisogno assistenziale, educativo riabilitativo ed infermieristico relativo a specifiche funzioni della vita quotidiana (toilette della mattina, attività della giornata, attività di socializzazione esterne alla struttura, alimentazione e attività serali) riferendole al singolo disabile. I livelli di assistenza così ottenuti vengono bilanciati attraverso la valutazione dell'età del soggetto disabile secondo uno schema che distingue soggetti appartenenti a tre classi di età (età > 55 anni, età < 18 anni, età compresa tra i 18 e i 55 anni);

hanno consentito di valutare i «carichi» assistenziali, educativi, riabilitativi ed infermieristici che caratterizzano il singolo ospite della struttura residenziale ed il «peso» percentuale che tali funzioni hanno all'interno dello standard generale.

Per quanto riguarda gli aspetti mentali e comportamentali gli stessi sono stati verificati:

- utilizzando, per la scheda SOSIA gli *item* derivati dalla scala Gottfries-Brane-Steene (GBS) relativi alla confusione, irritabilità e irrequietezza e l'*item* relativo a patologie psichiatriche comportamentali (demenza, ansia, depressione, agitazione, psicosi, etc.) della scala Cumulative Illness Rating Scale (CIRS). L'analisi dei dati succitati consente di valorizzare in modo differenziato ogni *item* della cognitività e di determinare la classificazione degli ospiti in due gruppi: compromissione cognitiva grave o moderata;
- rilevando la presenza di condizioni che necessitano di «sorveglianza» continua in considerazione di comportamenti a rischio o il grado di «partecipazione» alle attività, i punteggi ottenuti vengono utilizzati come elemento di «valorizzazione» dei bisogni e dei conseguenti «carichi» assistenziali, educativi, riabilitativi ed infermieristici del soggetto disabile.

L'indice di comorbilità viene calcolato utilizzando i 14 *item* della CIRS, attribuendo una valorizzazione maggiore agli *item* relativi a patologie riferite all'apparato genito-urinario, al sistema muscolo-scheletrico e cute, al sistema nervoso centrale e periferico. Le patologie psichiatriche-comportamentali (demenza, ansia, depressione, agitazione, psicosi, etc.) vengono valorizzate sia nella misurazione della comorbilità che nell'indice relativo alla cognitività e comportamento. Per ogni patologia sono valorizzati gli *item* che segnalano un valore moderato, grave o molto grave e che determinano la suddivisione degli ospiti in due gruppi: condizione di compromissione clinica grave o moderata.

La determinazione del carico assistenziale, educativo, riabilitativo ed infermieristico è effettuata utilizzando pertanto gli *item* delle due schede che, combinati tra loro, hanno reso possibile la valutazione dei diversi soggetti disabili: in particolare, per quanto riguarda i soggetti disabili anziani > 65 anni tutt'ora ospiti nelle strutture per disabili e che, con riferimento al campione erano un totale di 183 persone (corrispondenti al 20,3% del totale dei soggetti esaminati) si è utilizzato, in analogia con quanto avviene per l'area anziani, la sola scheda SOSIA.

La metodologia di lavoro seguita ed i risultati della sperimentazione hanno consentito di definire «gruppi di utenti» tra loro omogenei per il complesso dei bisogni assistenziali, educativi, riabilitativi ed infermieristici consentendo di determinare il bisogno, espresso in minuti settimanali per ogni ospite, con riferimento alle seguenti tipologie di prestazioni:

- prestazioni di assistenza diretta all'ospite rese da personale ausiliario socio assistenziale;

- prestazioni di tipo educativo, riabilitativo ed infermieristico;

tale misura è stata poi riequilibrata con i tempi necessari per i servizi generali.

La classificazione degli ospiti nelle nuove classi è riportata nella tabella seguente:

Classe	Livello del carico assistenziale	Misura del carico assistenziale (minuti settimanali medi per ospite)
1	ALTO	2.500
2	MEDIO ALTO	2.000
3	MEDIO	1.600
4	MEDIO BASSO	1.200
5	BASSO	900

Le persone anziane, disabili, ultrassessantacinquenni ospiti nelle RSD, per i quali vengono applicati i criteri della scheda SOSIA verranno collocati nelle classi SIDI in funzione della classe SOSIA risultante secondo seguente criterio:

- disabili con punteggio classe SOSIA 1,2,3, vengono ricondotti nella classe 4 SIDI;
- disabili con punteggio classe SOSIA 4,5,6,7,8, vengono ricondotti nella classe 5 SIDI.

Per quanto riguarda i minori ospiti nelle strutture per disabili si ritiene che, essendo il processo riabilitativo rieducativo centrale e fondamentale per la realizzazione del loro progetto di vita il ricorso al sistema socio-sanitario integrato e all'RSD debba essere considerato come un elemento eccezionale.

In caso di particolari situazioni di disagio determinate anche da inadeguatezza del contesto familiare e parentale più esteso, l'ammissione alla RSD deve essere previamente autorizzata da parte dei competenti servizi dell'ASL e su richiesta motivata dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile (U.O.N.P.I.A.), d'intesa con l'ente gestore.

#### ALLEGATO E

##### CRITERI PER LA REMUNERAZIONE

L'entità della remunerazione di tutte le cinque classi per le strutture accreditate e la remunerazione di ingresso per le strutture che presenteranno domanda di accreditamento dopo la data di pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia verranno determinate con successivo provvedimento della Giunta regionale.

Il costo medio giornaliero verrà definito dalla Giunta sulla scorta dei seguenti parametri:

- consistenza del carico assistenziale, educativo, riabilitativo e infermieristico;
- valorizzazione economica del carico assistenziale educativo, riabilitativo e infermieristico;
- valorizzazione economica degli altri costi definita percentualmente sul carico assistenziale.

Tale ultima valorizzazione è finalizzata a:

- creare le condizioni affinché il sistema delle RSD applichi una retta unica indipendentemente dalla classe di appartenenza e di remunerazione dell'ospite.

La Regione Lombardia tutelerà che gli oneri complessivi delle RSD rispettino quanto definito dal d.p.c.m. 29 novembre 2001 in tema di residenzialità per le persone con disabilità.

La Giunta regionale con successivo provvedimento determinerà l'entità del «premio di qualità aggiunta» per le strutture che realizzeranno anticipatamente il piano delle opere di adeguamento e realizzeranno progetti educativi dedicati agli ospiti con maggiore impegno socioriabilitativo.

Per gli ospiti degli IDR, presenti alla data di pubblicazione del presente provvedimento, che verranno ricondotti nel sistema della RSD, verrà garantita la partecipazione della quota sanitaria nella attuale misura del 100% fatto salvo il recupero della quota equivalente all'eventuale indennità di accompagnamento.

ALLEGATO F

#### SCHEMA TIPO di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Azienda Sanitaria Locale e le Residenze Sanitarie per Disabili - RSD

TRA

l'ASL ..... con sede .....  
via ..... n. .... codice fiscale .....  
legalmente rappresentata dal Direttore Generale, sig .....

E

la RSD .....  
con sede legale in .....  
via ..... n. .... codice fiscale .....  
legalmente rappresentata dal sig. ....  
in qualità di .....

#### PREMESSO CHE:

- l'ASL ..... intende avvalersi del (ente gestore) ..... che gestisce la RSD ..... ubicata in ..... via ..... n. ...., per l'erogazione dell'assistenza residenziale socio/sanitaria integrata a favore delle persone disabili gravi e gravissime residenti nel proprio territorio;
  - la RSD ..... con sede in ..... è autorizzata al funzionamento in via (temporanea o definitiva) ..... sulla base del provvedimento n. .... del ....., emesso dalla competente Provincia di .....
  - la RSD con d.g.r. n. .... del ..... è stata accreditata per n. .... posti letto e che risulta pertanto iscritta nel registro regionale delle RSD, istituito presso la Direzione Regionale Famiglia e Solidarietà Sociale;
  - la RSD ha comunicato che le rette giornaliere praticate agli ospiti, alla data del ..... sono le seguenti ..... e si impegna a comunicare annualmente le variazioni.
- Tutto ciò premesso:

#### SI STIPULA QUANTO SEGUE

##### Art. 1 - Premesse

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto.

##### Art. 2 - Oggetto

La ASL di ..... si avvale della RSD ..... ubicata a ..... in via ..... n. .... gestita da ..... per l'assistenza residenziale socio-sanitaria ivi compreso periodi di sollievo e o di pronto intervento a favore dei disabili per complessivi n. .... posti letto di cui n. .... posti per pronto intervento.

La RSD ..... garantisce le prestazioni previste dalla normativa regionale.

##### Art. 3 - Requisiti autorizzativi e di accreditamento

La Struttura si impegna a mantenere nel tempo i requisiti autorizzativi e di accreditamento, previsti dal quadro legislativo di riferimento.

Per ciò che attiene la dotazione di personale, la Struttura si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni certificando numero, professionalità e rapporto di lavoro del proprio personale.

La Struttura si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente all'ASL ogni eventuale successiva modifica e autocertifica, annualmente, il mantenimento degli standard di personale, nonché il mantenimento di tutti gli altri requisiti di autorizzazione e accreditamento.

L'ASL può accedere a tutti i locali della struttura ed assumere informazioni dirette dal personale, dagli ospiti e dai loro familiari, può altresì accedere alla documentazione amministrativa al fine di verificare quanto autocertificato.

Al termine del sopralluogo, viene redatto, in contraddittorio con il legale rappresentante della Struttura o suo delegato, il verbale di controllo.

La ASL, nel caso di accertamento del non possesso dei requisiti autorizzativi e/o di accreditamento, diffida il legale rappresentante a sanarlo, dando un termine non superiore a 15 giorni per l'eventuale controdeduzione, indicando modalità e tempi di ripristino dei requisiti carenti.

In caso di inadempienza alle prescrizioni, la ASL sospende il contratto ed avvia la procedura descritta nel successivo art. 11, dando contestuale comunicazione alla Giunta regionale per i conseguenti provvedimenti di competenza.

#### **Art. 4 - Procedure di ammissione**

La RSD si impegna ad effettuare tutte le procedure di accoglimento degli ospiti. In particolare:

- 1) a tenere la lista di attesa dei richiedenti il ricovero, sempre secondo le modalità stabilite dalla normativa regionale;
- 2) redigere, all'ingresso dell'ospite, S.I.Di. e SOSIA ed a rivederla periodicamente come stabilito dalle norme regionali;
- 3) a verificare che i richiedenti ammessi al ricovero, siano in possesso dei requisiti corrispondenti alle diverse classi predefinite;
- 4) a redigere per ogni ammesso il Piano di Assistenza Individuale ed aprire il fascicolo sanitario e sociale da aggiornare come previsto dalla normativa regionale.

#### **Art. 5 - Sistema tariffario e pagamenti**

L'ASL contraente è tenuta ad erogare all'ente gestore della RSD, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste dalla Regione per le prestazioni sanitarie.

La ASL anticipa mensilmente acconti, pari all'85% di un dodicesimo del fatturato dell'anno precedente (per le nuove strutture accreditate: del fatturato teorico calcolato sulla base della tariffa di ingresso ovvero classe 3 RSD), e garantisce altresì l'erogazione del saldo trimestrale spettante, entro i successivi 60 gg. dalla data di ricevimento della fattura.

L'avvenuto saldo non pregiudica il recupero di somme che, sulla base dei controlli sull'attività erogata, risultassero non dovute o dovute in parte.

La RSD si impegna ad emettere mensilmente fatture, o altra documentazione contabile idonea, al fine del pagamento degli acconti, e ad emettere, entro il mese successivo alla scadenza di ogni trimestre, le fatture relative ai saldi trimestrali, recanti le classificazioni dei singoli ospiti desunte da S.I.Di. e SOSIA, secondo la modulistica regionale predisposta allo scopo.

È fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate, ogni qual volta siano in corso contestazioni formali ai sensi dell'art. 4 o accertamenti di gravi violazioni della normativa vigente in materia sociosanitaria.

La remunerazione regionale potrà subire una rivalutazione percentuale, al variare della soglia finanziaria massima prevista annualmente dalla Giunta regionale.

#### **Art. 6 - Modalità di registrazione e codifica delle prestazioni**

La Struttura si impegna a rispettare le indicazioni regionali circa le modalità di compilazione e tenuta della documentazione sociosanitaria.

La Struttura codifica, registra e comunica le prestazioni rese, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella documentazione clinica e rispettando le indicazioni e le modalità di codifica e di comunicazione fornite dalla competente Unità Organizzativa della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, nel rispetto delle norme previste dalla legge n. 675/96.

Le variazioni del grado di non autosufficienza dell'ospite (passaggio da una classe all'altra) devono essere rilevate dalla struttura sempre attraverso la compilazione di S.I.Di. alla cui variazione deve corrispondere un adeguato aggiornamento del PEI e la registrazione dell'evento patologico o traumatico nel fascicolo sanitario e sociale.

L'ASL nell'ambito della propria attività ordinaria può compiere, con un preavviso non inferiore alle 48 ore, controlli circa l'appropriatezza dei ricoveri e l'aderenza delle caratteristiche degli ospiti a quanto riportato nei fascicoli sanitari e sociali.

I controlli sono effettuati alla presenza ed in contradditto-

rio con il Legale Rappresentante della struttura o suo delegato, con l'eventuale assistenza dei membri dell'équipe socio-sanitaria responsabile della documentazione.

#### **Art. 7 - Sistema aziendale per il miglioramento della qualità**

Le parti identificano il miglioramento della qualità quale obiettivo primario, da perseguire in uno spirito di piena collaborazione.

A tal fine si rende necessario lo sviluppo di un sistema aziendale di miglioramento della qualità che presidi le diverse variabili della qualità stessa.

In particolare, la struttura si impegna a sviluppare il sistema di qualità aziendale secondo le direttive definite dalla Giunta regionale con d.g.r. n. 7435 del 14 dicembre 2001 e successive integrazioni in attuazione all'art. 13 della l.r. n. 31/97.

#### **Art. 8 - Debito informativo**

La Struttura si impegna ad adempiere al proprio debito informativo nei confronti dell'ASL e della Regione Lombardia, Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, ai sensi dell'art. 14 della l.r. n. 31/97, e secondo i tempi e le modalità stabilite dalla normativa nazionale e regionale.

#### **Art. 9 - Sanzioni**

Si applicano al rapporto disciplinato dal presente contratto le decadenze e le cause di risoluzione ivi contemplate, nonché quelle previste dalla vigente legislazione nazionale e regionale e dagli articoli 1453 e seguenti del codice civile.

L'ASL, accertata l'inadempienza ad uno degli obblighi di cui agli artt. precedenti, diffida il Legale Rappresentante a sanarla ed a far pervenire le proprie controdeduzioni entro il termine di 30 giorni.

#### **Art. 10 - Controversie**

Le controversie di natura patrimoniale, potranno essere derivate, su accordo di entrambe le parti ad un Collegio di tre arbitri, il quale le risolverà in via definitiva entro il termine di 90 giorni dall'accettazione dell'incarico.

Gli arbitri saranno designati uno da ciascuna delle parti ed un terzo di comune accordo ovvero, in mancanza di tale accordo dal Presidente del Tribunale territorialmente competente.

La procedura relativa alla nomina ed all'attività del Collegio sarà curata dall'ASL; gli oneri saranno a carico della parte soccombente, salvo diversa determinazione del Collegio Arbitrale.

Per il procedimento di arbitrato si applicano le norme di cui all'art. 806 e ssg. del c.p.c.

#### **Art. 11 - Durata**

Il presente contratto ha validità triennale, dalla data di stipula si intenderà tacitamente rinnovato in assenza di diverso pronunciamento di una delle due parti.

Il contratto viene redatto in triplice copia, una per ciascun contraente ed una per la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale.

Per tutto quanto non previsto nel contratto, si fa rinvio alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.

In caso di emanazione di norme legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali incidenti sul contenuto del contratto stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato.

In tali casi la struttura contraente ha facoltà, entro trenta giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, di recedere dal contratto, a mezzo di formale comunicazione da notificare all'ASL ed alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale.

Letto, confermato e sottoscritto,

Il legale rappresentante della R.S.A.  
Il direttore generale dell'ASL