

alla Famiglia e Solidarietà sociale  
Gian Carlo Abelli

Definizione degli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (R.S.A.) e prima revisione del sistema di remunerazione regionale (in attuazione della d.g.r. n. 7435 del 14.12.2001)

A seguito di intesa con la competente Commissione Consiliare

Carla Dotti

Umberto Fazzone

VISTA la l.r. 7 gennaio 1986, n. 1: “Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia”;

VISTA la d.c.r. 23 dicembre 1987, n. 871: “Piano Regionale Socio Assistenziale per il triennio 1988-1990”;

VISTO il decreto legislativo 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” ed, 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 d.c.r. 13 marzo 2002, n. 462 di approvazione del “Piano Socio-sanitario Regionale 2002-2004”;

RICHIAMATE le dd.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”;
- 14 dicembre 2001, n. 7435: “Attuazione dell’art. 12, commi 3 e 4 della l.r. 11 luglio 1997, n. 31: “Requisiti per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (R.S.A.)”;

RILEVATO che il nuovo processo di accreditamento ed il suo collegamento con le previsioni del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004, vengono descritti nell’Allegato 1, che costituisce premessa e parte integrante del presente provvedimento;

DATO ATTO che con la richiamata d.g.r. n. 7435/01 si stabiliva la necessità:

- di procedere alla revisione del sistema di classificazione degli ospiti delle R.S.A., superando le tre categorie già esistenti (posti-letto per non autosufficienti parziali o N.A.P., per non autosufficienti totali o N.A.T. e per nucleo Alzheimer) considerate riduttive rispetto alla capacità di rappresentare

adeguatamente le diverse tipologie di ospiti nonché le risorse effettivamente assorbite per la loro cura ed assistenza;

- di sostenere il processo di miglioramento della qualità dell'offerta in rapporto alle reali esigenze dell'ospite, con conseguente necessità di procedere alla implementazione di un sistema informativo ad hoc a livello regionale che attivi un flusso di dati standardizzato, utile al monitoraggio delle unità d'offerta, all'azione programmatica di lungo periodo ed al supporto di successive rimodulazioni del sistema di remunerazione regionale;

EVIDENZIATO che negli allegati A e B della citata d.g.r. n. 7435/01 sono stati definiti gli indicatori relativi ai requisiti di qualità nonché il debito informativo obbligatoriamente dovuto da parte degli Enti Gestori di R.S.A. per consentire il monitoraggio della qualificazione dell'offerta, e sono stati descritti i supporti informatici che devono essere utilizzati (“Scheda di Osservazione Intermedia dell’Assistenza – S.OS.I.A.”, “Scheda struttura” e “Scheda per il monitoraggio delle lista d’attesa”);

EVIDENZIATO in particolare che il nuovo debito informativo, oltre che consentire l'accesso al nuovo sistema di remunerazione, costituisce di per sé una procedura assistenziale uniforme in tutte le R.S.A. accreditate poiché connette la rilevazione sistematica di tre parametri (mobilità, cognitività e comorbilità), mediante scale di valutazione semplici e ben conosciute, con la redazione e l'aggiornamento sia del Piano di Assistenza Individuale, che del Fascicolo sanitario e sociale di ogni ospite;

DATO ATTO che, alla data del 30 giugno 2002, si è conclusa la prima rilevazione, generalizzata a tutte le R.S.A., di S.OS.I.A.”;

RILEVATO che, con la d.g.r. n. 7435/01 l'approvazione degli standard di personale e degli accordi contrattuali tra le A.S.L. e gli Enti Gestori per la remunerazione delle prestazioni rese nelle strutture accreditate, sono stati rinviati a successivo provvedimento, da adottare in seguito all'analisi dei dati circa i bisogni assistenziali degli ospiti e circa gli indicatori di qualità, raccolti con le modalità descritte nell'allegato B della d.g.r. medesima, nonché del confronto con le rappresentanze degli Enti Gestori di R.S.A. e delle organizzazioni sindacali dei Pensionati maggiormente rappresentative;

EVIDENZIATO che la d.g.r. n. 7435/01 riconduce l'assistenza residenziale socio-sanitaria agli anziani non autosufficienti ad un'unica tipologia strutturale ed organizzativa definita “Residenza Sanitario Assistenziale per Anziani (R.S.A.)”;

EVIDENZIATO altresì che lo standard di personale, indicato nel P.S.A. per il triennio 1988 – 1990 come “programmatorio”, è stato progressivamente rispettato nel corso del tempo da un numero sempre maggiore di strutture, fino a raggiungere nell'anno 2000 la piena adesione di tutte le RSA lombarde, e che, pertanto, con il presente atto si ritiene di dover riconoscere il livello di responsabilità conseguito da tutti gli Enti gestori e di poter perseguire i conseguenti ulteriori obiettivi:

- sancire il superamento sia della autorizzazione al funzionamento, rilasciata per le categorie N.A.P.

e N.A.T., che dell'originaria previsione, già contenuta nel P.S.A. per il triennio 1988/1990, di standard di autorizzazione al funzionamento inferiori per le strutture private,

- riconoscere un livello di autonomia gestionale, in relazione al percorso di adeguamento allo standard assistenziale programmatico seguito da tutti gli Enti gestori, introducendo elementi di flessibilità, funzionali al miglioramento dell'assistenza, ad una più completa espressione della capacità organizzativa degli enti e ad una maggiore gestibilità del sistema dei controlli connessi all'autorizzazione al funzionamento, all'accreditamento e ad ulteriori requisiti di qualità,
- prevedere conseguentemente, all'interno di standard minimi di tempo globale d'assistenza (minutaggi riportati nell'allegato A costituente parte integrante della presente deliberazione) per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento, che la composizione della équipe professionale sia variabile in rapporto ad autonome valutazioni gestionali ed in funzione delle effettive esigenze assistenziali degli ospiti, identificabili nel Piano di Assistenza Individuale nonché nel Fascicolo sanitario e sociale, fatte salve le precisazioni riportate nello stesso allegato A;

RILEVATA la necessità:

- di definire il contenuto degli accordi contrattuali che dovranno essere stipulati, tra Enti Gestori ed A.S.L., ai fini del pagamento delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate e di dover pertanto procedere all'approvazione dello schema-tipo di contratto (contenuto nell'allegato B parte integrante del presente provvedimento), nel rispetto del diritto di libera scelta del cittadino e del principio della parità tra soggetti erogatori pubblici e privati;
- di stabilire che, in fase di prima attuazione, le sole strutture già accreditate alla data di pubblicazione del presente atto sul B.U.R.L., potranno continuare ad essere retribuite pur in carenza della stipulazione del contratto, atto che dovrà tuttavia avvenire entro il 31.12.2003 e comunque al momento della variazione dei posti letto già accreditati alla data di pubblicazione della presente d.g.r.;
- di stabilire inoltre che, per le strutture che presenteranno domanda di accreditamento dopo la data di pubblicazione del presente atto sul B.U.R.L., la remunerazione delle prestazioni erogate potrà avvenire solo dalla data di stipulazione del contratto;
- di introdurre, a modifica di quanto disposto con la citata d.g.r. n.3130/01, la liberalizzazione dell'accreditamento per le strutture operanti nel territorio lombardo che ne faranno domanda entro i successivi 15 gg. dalla pubblicazione del presente atto sul B.U.R.L.;
- di consentire, conseguentemente, l'accesso alla stipula di contratti, come sopra definiti, alle strutture non ancora accreditate alla data di pubblicazione del presente provvedimento, a condizione che risultino autorizzate al funzionamento entro la data medesima e che ottengano il riconoscimento dell'accreditamento dalla Giunta regionale, sulla base del parere favorevole dell'ASL di competenza, parere emesso entro i successivi due mesi dalla data di pubblicazione del presente atto sul B.U.R.L. in seguito a relativa istanza;
- di consentire, analogamente, l'accreditamento di ulteriori posti letto in R.S.A. già parzialmente accreditate, e quindi l'accesso alla stipula dei contratti, alle medesime condizioni di cui sopra;
- di stabilire che le R.S.A. accreditate in virtù di convenzioni stipulate con Comuni della provincia di Milano, ex d.g.r. n. 1761 del 20.10.2000 e d.g.r. n. 3130 del 19.1.2001, potranno accogliere nei

posti letto già riservati all'utenza milanese, anche utenti provenienti dalla propria o da altre A.S.L., previa stipulazione di apposito contratto con la A.S.L. di ubicazione, nel rispetto comunque di quanto previsto negli atti di convenzionamento con i Comuni;

- di stabilire altresì che le strutture che non otterranno l'autorizzazione entro la data di pubblicazione del presente atto sul B.U.R.L. o per le quali non verrà emesso il parere dell'A.S.L. entro il tempo sopra stabilito, potranno accedere all'accreditamento solo a seguito di ulteriori provvedimenti della Giunta regionale, sulla base della valutazione del bisogno e della disponibilità di risorse salvo le eccezioni descritte al punto successivo;

RILEVATA altresì la necessità di stabilire che, per le strutture della Provincia di Milano, la liberalizzazione è estesa a tutto il 31.12.2003. Si conferma inoltre che permane sempre possibile accreditare le strutture in possesso di almeno uno dei due seguenti requisiti, già previsti dalla d.g.r. n. 3130/01: a) strutture ubicate a Milano città, in coerenza con la programmazione del Comune di Milano, b) strutture realizzate con il concorso di finanziamenti statali o regionali per investimenti appositamente assegnati ai sensi della legge n. 67/88 o delle ll.rr. nn. 1/86, 33/91 e 31/96;

PRESO ATTO del contributo del gruppo di esperti in organizzazione socio-sanitaria, statistica, economia e geriatria e della conclusione della raccolta, validazione ed elaborazione dei dati di S.OS.I.A di circa il 70 % degli ospiti delle RSA accreditate in Lombardia;

RITENUTO pertanto di definire le nuove categorie di classificazione degli ospiti così come descritte nell'allegato C, che forma parte integrante del presente provvedimento e di prevedere che la relativa remunerazione verrà definita con successivo provvedimento della Giunta Regionale;

RITENUTO altresì di individuare, nel nuovo sistema di remunerazione regionale, una quota di remunerazione annuale (premio di qualità aggiunta) da distribuire secondo parametri espressivi della qualità delle strutture assistenziali (indicatori di struttura) e dell'assistenza globalmente intesa (indicatori di esito/outcome) anche in rapporto con la retta esposta all'ospite e più precisamente i seguenti parametri:

- comparazione tra le strutture in possesso di autorizzazione definitiva o piano di adeguamento non eccedente i due anni dalla data di sua approvazione,
- comparazione della prevalenza puntuale delle lesioni da decubito,
- comparazione del livello di qualità percepito dall'utenza,
- comparazione del tempo medio di degenza per il passaggio da una classe di fragilità all'altra,
- presenza dell'infermiere nelle ore notturne,
- realizzazione di progetti finalizzati all'assistenza agli ospiti affetti da malattia di Alzheimer,
- realizzazione di progetti finalizzati alla definizione di nuovi modelli assistenziali,
- comparazione della percentuale annua del turn over degli operatori addetti all'assistenza diretta all'ospite;

CONSIDERATO che fino a tutti gli anni '90, le importanti implicazioni assistenziali della malattia di Alzheimer e, soprattutto, la totale assenza di possibilità farmacologiche avevano determinato l'assunzione da parte della Regione Lombardia, per prima in Italia, dell'onere di sostenere nuovi modelli assistenziali da collocare negli Istituti di Riabilitazione (IDR) e nelle Residenze Sanitario-Assistenziali (RSA);

RILEVATO che le nuove opportunità terapeutiche e la necessità di avvalersene in casi accuratamente selezionati mediante un protocollo diagnostico hanno costituito la occasione per coinvolgere profondamente tutta la rete dei servizi socio-sanitari lombardi nella costituzione delle Unità di valutazione per la malattia di Alzheimer (UVA), previste dal progetto ministeriale CRONOS, e nel successivo progetto "Valutazione e sviluppo della rete integrata lombarda per la malattia di Alzheimer" attualmente in fase di realizzazione;

PRESO ATTO pertanto che, accanto all'impegno in corso di una ridefinizione degli outcome della terapia farmacologica, la Lombardia sta realizzando un programma molto più vasto che prevede l'allargamento della rete integrata dei servizi per l'Alzheimer che correla la ricerca clinica con la diagnostica e con i diversi approcci terapeutici ed assistenziali, siano essi territoriali o residenziali, siano essi condotti da *caregiver* familiari o professionali;

EVIDENZIATO che il presente provvedimento intende riconoscere e stimolare, negli Enti gestori, la capacità di esprimere la loro autonomia e responsabilità nell'organizzazione del loro servizio e che per questo, accanto alla contribuzione regionale per ogni singolo ospite, viene introdotto per la prima volta un "premio di qualità aggiunta" per le strutture che prevede, fra le sue determinanti, anche la realizzazione di progetti assistenziali dedicati agli ospiti che possono necessitare di un più difficile impegno assistenziale che la struttura si sente in grado di proporre;

RITENUTO pertanto, oltre a garantire una adeguata remunerazione agli ospiti degenti nei Nuclei Alzheimer, di identificare per l'anno 2003 quale parametro prioritario per l'assegnazione del "premio di qualità aggiunta" la realizzazione di progetti assistenziali per gli ospiti affetti da malattia di Alzheimer e di rinviare a successivo provvedimento l'identificazione dei criteri di presentazione e valutazione dei sopraindicati progetti;

RITENUTO altresì di riservare una quota del "premio di qualità aggiunta" per l'anno 2003 da distribuire in base ai parametri relativi alla valutazione della qualità e continuità dell'assistenza diretta all'ospite (presenza dell'infermiere nelle ore notturne e comparazione del turn over degli operatori addetti all'assistenza diretta all'ospite) e di demandare alla Direzione generale Famiglia e Solidarietà sociale la definizione dei criteri di valutazione dei parametri di outcome del servizio contenuti nel presente provvedimento per renderne possibile la graduale introduzione negli anni successivi;

RILEVATA pertanto la necessità di rinviare a successivo provvedimento della Giunta Regionale le modalità di rilevazione e comparazione dei parametri relativi alla valutazione della qualità aggiunta al sistema di accreditamento e la determinazione delle risorse aggiuntive dedicate, nonché

l'identificazione di ulteriori parametri per gli anni successivi;

EVIDENZIATO che l'onere complessivo a carico della Regione Lombardia è determinato, compatibilmente con le risorse disponibili, in coerenza con quanto stabilito dal dpcm 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie", facendo riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionali, ed in applicazione del dpcm 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

RAVVISATA la necessità che l'applicazione del nuovo sistema di remunerazione regionale garantisca il consolidamento del flusso informativo e la gradualità del passaggio da una remunerazione predeterminata per posto letto ad una remunerazione variabile per le esigenze effettive dell'ospite, mediante le seguenti modalità:

- a decorrere dal 1° maggio 2003 le prestazioni effettuate nei confronti degli ospiti accolti da tale data, verranno remunerate sulla base delle effettive classificazioni ottenute con l'applicazione della scheda S.OS.I.A.,
- per gli ospiti già presenti al 30.4.2003 la remunerazione avverrà sulla base del sistema di classificazione precedente con riferimento ai posti letto già accreditati come N.A.T., N.A.P. ed Alzheimer, di cui a d.g.r. del 5 luglio 2002 n. 9686 e 30 settembre 2002 n. 10467 e successive integrazioni;

RAVVISATA la necessità di precisare che la remunerazione regionale che verrà rideterminata ed aggiornata periodicamente con successivi provvedimenti della Giunta Regionale, tenuto conto dei costi analiticamente rilevati dalla DG Famiglia e Solidarietà sociale, non comprende la quota di remunerazione annuale prevista per le RSA pubbliche o private accreditate della Regione Lombardia in riferimento alla qualità di struttura e di esito dell'assistenza, come sopra specificato (premio di qualità aggiunta);

RAVVISATA la necessità di prevedere, a modifica di quanto precedentemente disposto con d.g.r. n. 35580 del 7.04.1998, che, a decorrere dalla data di pubblicazione del presente atto sul B.U.R.L., le A.S.L. di ubicazione delle strutture accreditate effettuino alle stesse acconti mensili in misura pari all'85% di un dodicesimo del fatturato dell'anno precedente, stabilendo che alla A.S.L. compete l'erogazione dei relativi saldi trimestrali;

ACQUISITA l'intesa con la competente Commissione Consiliare in data 27 marzo 2003 (PAR. 0268) in conformità della quale si è provveduto a modificare il presente atto;

DATO ATTO che la presente deliberazione non comporta impegni di spesa;

RITENUTO di dover pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia;

Ad unanimità dei voti espressi nelle forme di legge

### DELIBERA

- 1) di approvare l'allegato 1, che costituisce parte integrante del presente provvedimento, descrittivo del nuovo processo di accreditamento e del suo collegamento con le previsioni del Piano Socio Sanitario Regionale 2002 – 2004;
- 2) di sancire il superamento sia della autorizzazione al funzionamento, rilasciata per le categorie N.A.P. e N.A.T., che dell'originaria previsione, già contenuta nel Piano Socio Assistenziale per il triennio 1988/1990, di standard di autorizzazione al funzionamento inferiori per le strutture private;
- 3) di introdurre elementi di flessibilità, funzionali al miglioramento dell'assistenza, ad una più completa espressione della capacità organizzativa degli enti e ad una maggiore gestibilità del sistema dei controlli connessi all'autorizzazione al funzionamento, all'accreditamento, ad ulteriori eventuali requisiti di qualità;
- 4) di prevedere conseguentemente, all'interno di standard minimi di tempo globale d'assistenza per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento, che la composizione della équipe professionale sia variabile in rapporto ad autonome valutazioni gestionali ed in funzione delle effettive esigenze assistenziali degli ospiti identificabile nel Piano di Assistenza Individuale, nonché nel Fascicolo sanitario e sociale, fatte salve le precisazioni riportate nell'allegato A, che costituisce parte integrante del presente provvedimento;
- 5) di definire il contenuto degli accordi contrattuali che dovranno essere stipulati, tra Enti Gestori ed A.S.L., ai fini del pagamento delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate e di approvare lo schema-tipo di contratto, (contenuto nell'allegato B parte integrante del presente provvedimento), nel rispetto del diritto di libera scelta del cittadino e del principio della parità tra soggetti erogatori pubblici e privati;
- 6) di stabilire che, in fase di prima attuazione, le sole strutture già accreditate alla data di pubblicazione del presente atto sul B.U.R.L., potranno continuare ad essere retribuite pur in carenza della stipulazione del contratto, atto che dovrà tuttavia avvenire entro il 31.12.2003 e comunque al momento della variazione dei posti letto già accreditati alla data di pubblicazione della presente d.g.r.;

- 7) di stabilire inoltre che, per le strutture che presenteranno richiesta di accreditamento dopo la data di pubblicazione del presente atto sul B.U.R.L., la remunerazione delle prestazioni erogate potrà avvenire solo dalla data di stipulazione del contratto;
- 8) di introdurre, a modifica di quanto disposto con la citata d.g.r. n. 3130 del 19 gennaio 2001, la liberalizzazione dell'accREDITAMENTO per le strutture operanti nel territorio lombardo che ne faranno domanda entro i successivi 15 gg. dalla pubblicazione del presente atto sul B.U.R.L.;
- 9) di consentire, conseguentemente, l'accesso alla stipula di contratti, come sopra definiti, alle strutture non ancora accreditate alla data di pubblicazione del presente provvedimento, a condizione che risultino autorizzate al funzionamento entro la data medesima e che ottengano il riconoscimento dell'accREDITAMENTO dalla Giunta regionale, sulla base del parere favorevole dell'ASL di competenza, parere emesso entro i successivi due mesi dalla data di pubblicazione del presente atto sul B.U.R.L. in seguito a relativa istanza;
- 10) di consentire, analogamente, l'accREDITAMENTO di ulteriori posti letto in R.S.A. già parzialmente accreditate, e quindi l'accesso alla stipula dei contratti, alle medesime condizioni di cui sopra;
- 11) di stabilire che le R.S.A. accreditate in virtù di convenzioni stipulate con Comuni della provincia di Milano, ex d.g.r. n. 1761 del 20.10.2000 e d.g.r. n. 3130 del 19.1.2001, potranno accogliere nei posti letto già riservati all'utenza milanese, anche utenti provenienti dalla propria o da altre A.S.L., previa stipulazione di apposito contratto con la A.S.L. di ubicazione, nel rispetto comunque di quanto previsto negli atti di convenzionamento con i Comuni;
- 12) di stabilire altresì che le strutture che non otterranno l'autorizzazione al funzionamento entro la data di pubblicazione del presente atto sul B.U.R.L. o per le quali non verrà emesso il parere dell'A.S.L. entro il tempo sopra stabilito, potranno accedere all'accREDITAMENTO solo a seguito di ulteriori provvedimenti della Giunta regionale, sulla base della valutazione del bisogno e della disponibilità di risorse salvo le eccezioni descritte al punto successivo;
- 13) di stabilire che, per le strutture della Provincia di Milano, la liberalizzazione è estesa a tutto il 31.12.2003. Si conferma inoltre che permane sempre possibile accreditare le strutture in possesso di almeno uno dei due seguenti requisiti, già previsti dalla d.g.r. n. 3130/01: a) strutture ubicate a Milano città, in coerenza con la programmazione del Comune di Milano, b) strutture realizzate con il concorso di finanziamenti statali o regionali per investimenti appositamente assegnati ai sensi della legge n. 67/88 o delle ll.rr. nn. 1/86, 33/91 e 31/96;
- 14) di definire, a seguito della conclusione della rilevazione e validazione dei dati di S.OS.I.A, le nuove categorie di classificazione degli ospiti così come specificate nell'allegato C, che forma parte integrante del presente provvedimento e di prevedere che la relativa remunerazione, verrà definita con successivo provvedimento della Giunta Regionale;

- 15) di individuare, nel nuovo sistema di remunerazione regionale, una quota di remunerazione annuale (premio di qualità aggiunta) da distribuire secondo parametri espressivi della qualità delle strutture assistenziali (indicatori di struttura) e dell'assistenza globalmente intesa (indicatori di esito/outcome) anche in rapporto con la retta esposta all'ospite e più precisamente i seguenti parametri:
- comparazione tra strutture in possesso di autorizzazione definitiva o piano di adeguamento non eccedente i due anni dalla data di sua approvazione,
  - comparazione della prevalenza puntuale delle lesioni da decubito,
  - comparazione del livello di qualità percepito dall'utenza,
  - comparazione del tempo medio di degenza per il passaggio da una classe di fragilità all'altra,
  - presenza dell'infermiere nelle ore notturne,
  - realizzazione di progetti finalizzati all'assistenza agli ospiti affetti da malattia di Alzheimer,
  - realizzazione di progetti finalizzati alla definizione di nuovi modelli assistenziali,
  - comparazione della percentuale annua del turn over degli operatori addetti all'assistenza diretta all'ospite;
- 16) di riconoscere e stimolare, negli Enti gestori, la capacità di esprimere la loro autonomia e responsabilità nell'organizzazione del loro servizio e che per questo, accanto alla contribuzione regionale per ogni singolo ospite, viene introdotto per la prima volta un "premio di qualità aggiunta" per le strutture che prevede, fra le sue determinanti, anche la realizzazione di progetti assistenziali dedicati agli ospiti che possono necessitare di un più difficile impegno assistenziale che la struttura si sente in grado di proporre;
- 17) nel sottolineare la validità dell'impostazione assistenziale dei nuclei Alzheimer, centrata sulla relazione e non solo sulla custodia, della quale si auspica il potenziamento e, nel riconoscere la specificità dell'assistenza richiesta dai malati di Alzheimer, di garantire una adeguata remunerazione agli ospiti degenti nei Nuclei Alzheimer, che non potrà essere inferiore a quella attuale e di identificare, per l'anno 2003, quale parametro prioritario per l'assegnazione del "premio di qualità aggiunta" la realizzazione di progetti assistenziali per gli ospiti affetti da malattia di Alzheimer e di rinviare a successivo provvedimento l'identificazione dei criteri di presentazione e valutazione dei sopraindicati progetti;
- 18) di riservare una quota del "premio di qualità aggiunta" per l'anno 2003 da distribuire in base ai parametri relativi alla valutazione della qualità e continuità dell'assistenza diretta all'ospite (presenza dell'infermiere nelle ore notturne e comparazione del turn over degli operatori addetti all'assistenza diretta all'ospite) e di demandare alla Direzione generale Famiglia e solidarietà sociale la definizione dei criteri di valutazione dei parametri di outcome del servizio contenuti nel presente provvedimento per renderne possibile la graduale introduzione negli anni successivi;
- 19) di stabilire che l'onere complessivo a carico della Regione Lombardia è determinato,

compatibilmente con le risorse disponibili, in coerenza con quanto stabilito dal dpcm 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”, facendo riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionali, ed in applicazione del dpcm 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;

20) di prevedere che l'applicazione del nuovo sistema di remunerazione regionale garantisca il consolidamento del flusso informativo e la gradualità del passaggio da una remunerazione predeterminata per posto letto ad una remunerazione variabile per le esigenze effettive dell'ospite, mediante le seguenti modalità:

- a decorrere dal 1° maggio 2003 le prestazioni effettuate nei confronti degli ospiti accolti da tale data verranno remunerate sulla base delle effettive classificazioni ottenute con l'applicazione della scheda S.OS.I.A.,
- per gli ospiti già presenti al 30.4.2003 la remunerazione avverrà sulla base del sistema di classificazione precedente con riferimento ai posti letto già accreditati come N.A.T., N.A.P. ed Alzheimer, di cui a d.g.r. del 5 luglio 2002 n. 9686, d.g.r. 30 settembre 2002 n. 10467 e successive integrazioni;

21) di precisare che la remunerazione regionale che verrà rideterminata ed aggiornata periodicamente con successivi provvedimenti della Giunta Regionale, tenuto conto dei costi analiticamente rilevati dalla D.G. Famiglia e Solidarietà sociale, non comprende il premio di remunerazione annuale previsto per le RSA pubbliche o private accreditate della Regione Lombardia in riferimento alla qualità di struttura e di esito dell'assistenza (premio di qualità aggiunta);

22) di prevedere, a modifica di quanto precedentemente disposto con d.g.r. n. 35580 del 7.04.1998, che, a decorrere dalla data di pubblicazione del presente atto sul B.U.R.L. , le A.S.L. di ubicazione delle strutture accreditate effettuino alle stesse acconti mensili in misura pari all'85% di un dodicesimo del fatturato dell'anno precedente, stabilendo che alla A.S.L. compete l'erogazione dei relativi saldi trimestrali;

23) di dare atto che il presente provvedimento non comporta impegni di spesa;

24) di disporre che il presente provvedimento venga pubblicato sul B.U.R.L.

**IL SEGRETARIO**

### PREMESSA

Il 13 marzo del 2002 è stato approvato il Piano regionale socio-sanitario (PSSR) per il triennio 2002-2004.

Esso ridisegna l'intera offerta di servizi sanitari e assistenziali in un'unica rete sociosanitaria integrata dove ulteriormente si sviluppa il processo di accreditamento, vale a dire sostanzialmente il sistema delle regole che chi si offre come partner dell'istituzione si impegna a rispettare. Il debito informativo, i requisiti, gli indicatori e gli standard di qualità verranno estesi nel triennio a tutti i modelli assistenziali della rete, in modo da meglio conoscere le necessità espresse dalla popolazione ed il suo percorso per soddisfarle, in modo da assicurare più complementarità alle diverse unità di offerta, in modo da dare più chiarezza al cittadino circa il ruolo e l'accessibilità di ognuna di esse.

La dgr 7435 del 14 dicembre 2001 aveva preannunciato uno dei temi che costituiscono la base per una nuova lettura del modello assistenziale lombardo: la necessità di meglio conoscere le caratteristiche della popolazione che riceve le prestazioni. Infatti, stabilito un livello minimo di qualità comune a tutti i servizi alla persona (autorizzazione), la crescita e la diversificazione degli ulteriori requisiti di qualità (accreditamento) vengono legate al reale grado e tipo di fragilità della popolazione che usufruisce di quel servizio specifico.

Il processo di accreditamento è così diventato in primo luogo un sistema di verifica della qualità delle prestazioni, intesa come livello della loro adeguatezza al bisogno realmente espresso. Collocare un "osservatorio epidemiologico" proprio all'interno dei servizi coniuga l'opportunità di intercettare il bisogno assistenziale là dove esso viene direttamente espresso con la disponibilità di tutti i professionisti capaci di coglierlo e di descriverlo. Inoltre, l'insieme delle azioni professionali per l'inquadramento ed il monitoraggio delle "fragilità" costituisce di per se stesso una procedura per guidare l'assistenza (indicatore di processo) e per valutarne i risultati (indicatore di esito). Il legame fra questa procedura ed un debito informativo con tempi e modi prestabiliti, obbligatorio per l'accreditamento, è costituito da SOSIA (scheda di osservazione intermedia dell'assistenza). SOSIA costituisce dunque la garanzia che la procedura sia uniforme e controllabile in tutti i servizi accreditati.

In secondo luogo, il nuovo sistema di accreditamento è diventato anche il punto di partenza per la programmazione della spesa, per il suo controllo e per la valutazione della sua sostenibilità rispetto ai benefici: SOSIA costituisce anche un primo strumento per un nuovo tipo di remunerazione delle prestazioni e per la sua verifica.

Ma lo strumento SOSIA non riassume da solo il sistema di finanziamento delle RSA. Accanto alla contribuzione regionale per ogni singolo ospite è infatti previsto un "premio di qualità aggiunta" per la struttura che prevede, fra le sue determinanti, anche la realizzazione di progetti assistenziali dedicati agli ospiti con malattia di Alzheimer ed ad altre patologie particolari. Si intende in tal modo attribuire risorse aggiuntive, oltre che per il consolidamento di importanti progetti già avviati, anche al trattamento di demenze di diversa origine o di disturbi del comportamento o di altre patologie emergenti, che possono necessitare di un più difficile impegno assistenziale che la struttura si sente in grado di proporre.

La dgr 7435 del 14 dicembre 2001 ha segnato quindi l'inizio di un percorso, una serie di atti di riordino del sistema di autorizzazione ed accreditamento dei servizi socio-sanitari lombardi.

Come essa aveva anticipato e come viene ripreso in questo secondo provvedimento, la “revisione dell’attuale sistema di classificazione degli ospiti delle R.S.A., superando le tre categorie esistenti...che appaiono riduttive rispetto alla capacità di rappresentare adeguatamente le diverse tipologie di ospiti nonché le risorse effettivamente assorbite per la cura e l’assistenza degli stessi” è un processo che prevede tempo ed azioni (“analisi dei dati circa i bisogni assistenziali...e circa gli indicatori di qualità,... confronto con le rappresentanze degli Enti Gestori...e delle organizzazioni sindacali”) che certamente non si esauriscono con l’adozione di questo secondo provvedimento.

Esso invero completa alcuni requisiti di struttura (definisce nuovi standard di personale) e contiene una prima revisione del sistema di remunerazione, prevedendo rivalutazioni periodiche sia dello strumento SOSIA che degli impegni contributivi con esso connessi, esattamente come è avvenuto in passato per lo strumento DRG (diagnosis related groups) e per il finanziamento delle prestazioni ospedaliere.

Il grado di autosufficienza di una popolazione sempre più anziana e la sua evoluzione nel breve e medio periodo è al centro dell’attenzione della Regione Lombardia e SOSIA potrebbe divenire lo strumento per il monitoraggio della variazione delle condizioni di fragilità e delle risposte che l’intera rete dei servizi è in grado di assicurare. Lo strumento che oggi viene introdotto necessita di essere applicato e rimodulato mediante una intensa attività di validazione, anche e soprattutto “periferica”, alla quale tutti coloro che presidiano il mondo della non autosufficienza sono chiamati a collaborare.

E’ questa una delle ragioni per cui si è scelto che la doverosa gradualità dell’introduzione del nuovo strumento si realizzasse mediante il suo pieno utilizzo solo per i nuovi ospiti delle RSA. Ciò consentirà di concentrare l’impegno di valutazione solo su casi che giungono per la prima volta all’osservazione e potrà anche favorire la compresenza di operatori della struttura e della ASL nella fase di accesso dell’ospite o di controllo intermedio delle sue condizioni.

Non è dunque certamente concluso oggi il percorso di ridefinizione del nuovo sistema di accreditamento delle RSA né tantomeno si intende oggi iniziare un ridimensionamento del ruolo di questa unità d’offerta che è stata e rimane quella che maggiormente rappresenta l’impegno della Comunità lombarda ad assicurare ai suoi elementi più fragili un luogo di vita, oltre che di cura, costantemente e progressivamente migliore. Infatti nell’ultimo decennio l’adeguamento del “parco strutturale” ha potuto contare su più di 900 miliardi di lire di Fondi di ricostruzione delle infrastrutture sociali in Lombardia (FRISL), oltre ai 750 trasferiti dallo Stato (per un totale di circa 850 milioni di euro ad oggi distribuiti), e, a fronte di un incremento delle tariffe riconosciute dalla Regione Lombardia (circa l’88 % per gli ospiti parzialmente non autosufficienti ed intorno al 36 % sia per i totalmente non autosufficienti che per gli ospiti dei nuclei Alzheimer), gli Enti gestori hanno tutti prontamente adeguato gli standard minimi di personale fino a nettamente superarli nella maggior parte delle strutture, dando la prova di quell’elevato “livello di responsabilità” che questo provvedimento loro riconosce.

Tuttavia, come riporta il PSSR, la sempre maggiore consapevolezza dei danni prodotti dall’“istituzionalizzazione” nei soggetti fragili e l’espressione di una domanda di assistenza socio-sanitaria sempre più consapevole da parte della Comunità hanno indotto questa Regione, come tutti i Sistemi di sicurezza sociale culturalmente più maturi, a cercare risposte più condivisibili con le risorse della Comunità stessa. Quello che essa richiede oggi, infatti, non è solo un aumento quantitativo di tutela per una popolazione che è numericamente in incremento ma anche una maggiore diversificazione ed appropriazione delle cure perché rispettino sempre più l’esigenza e la scelta del singolo, della famiglia e delle loro aggregazioni.

Negli ultimi due anni risorse aggiuntive (ex l.r. 23/99 ed ex l. 328/2000 e relativo Fondo nazionale per le politiche sociali) sono state messe in campo per iniziare a costruire una offerta di tutela domiciliare della persona anziana tale da mantenerla nel suo ambiente di vita il più a lungo possibile, senza detrimento delle sue condizioni sociali e psico-fisiche. I risultati della sperimentazione del buono socio-sanitario, conclusa nel giugno 2002, hanno posto le basi per l'introduzione di due tipi di interventi, l'uno più propriamente sociale (buoni e voucher sociali) realizzabile dai Comuni, l'altro più propriamente socio-sanitario (voucher socio-sanitari) realizzabile dalle ASL. Pertanto i servizi sociali e socio-sanitari possono cogliere oggi nuove opportunità di sviluppo, intese sia come nuove risorse economiche che come nuovi modelli organizzativi: l'efficacia dei voucher sociali e socio-sanitari dipende esclusivamente dalla disponibilità e dalla qualità dell'offerta di quelle componenti della Comunità che potrebbero essere partner di Comuni ed ASL in questo tentativo di contenere la istituzionalizzazione quando è troppo precoce o dannosa.

La qualità dell'offerta che le RSA lombarde possono avanzare poggia saldamente sulla esperienza, competenza e responsabilità che già hanno acquisito e che, comunque, devono continuare a mettere a disposizione anche per il ricovero dell'anziano. Infatti è innegabile, richiamando ancora una volta il PSSR, che il continuo allungamento dell'aspettativa di vita, insieme con la continua progressione delle malattie cronico-degenerative e con il divario crescente degli stili di vita delle diverse generazioni coesistenti, rendono indispensabile l'offerta di ricoveri in strutture residenziali, permanenti o "di sollievo".

**Standard di assistenza prescritti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle R.S.A., espressi in minuti settimanali per ospite**

**Requisiti di autorizzazione al funzionamento**

Lo standard minimo di personale, espresso come tempo di assistenza dedicato ad ogni ospite, è fissato in 750 minuti settimanali.

Per il raggiungimento dello standard assistenziale sopra definito, deve essere obbligatoriamente garantita la presenza almeno delle seguenti figure professionali: medico, infermiere, fisioterapista, animatore od operatore socio educativo (classe 18) od educatore professionale (classe 2), A.S.A. / O.T.A.

Diventa obbligatoria, altresì, l'introduzione graduale della figura dell'O.S.S., nei limiti dell'effettiva disponibilità di tale operatore.

Si precisa che:

- 1) l'assistenza infermieristica dovrà essere garantita dalla presenza di personale infermieristico nell'arco delle 24 ore;
- 2) ai fini del raggiungimento dello standard assistenziale, possono essere calcolate anche le prestazioni rese dagli infermieri generici;
- 3) la funzione di animazione dovrà essere garantita dall'animatore sociale o dall'operatore socio educativo (classe 18) o dall'educatore professionale (classe 2). In carenza, potrà essere utilizzato personale laureato/diplomato in discipline umanistiche;
- 4) per quanto riguarda le prestazioni degli operatori addetti all'assistenza degli ospiti, le eventuali deroghe all'utilizzo di personale non ancora in possesso di qualifica di A.S.A./O.T.A., che dovranno continuare ad essere richieste alle A.S.L. di ubicazione delle strutture, possono essere rilasciate solo sulla base di provate motivazioni quali:
  - presenza di personale per il quale è in corso la formazione,
  - necessità di sostituzioni urgenti non programmabili,
  - personale prossimo al pensionamento, per il quale non sia ritenuto opportuno procedere alla formazione;
- 5) nelle sole ore notturne (dalle ore 21 alle ore 7, o comunque al "cambio-turno"), potrà essere attivato, in alternativa alla presenza del personale sanitario, un servizio di reperibilità infermieristica o medica esclusivamente se nella struttura sussiste la contemporanea presenza della figura dell'OSS;
- 6) concorrono al raggiungimento dello standard anche i volontari in possesso dei requisiti professionali richiesti, appartenenti ad associazioni di volontariato iscritte nell'apposito registro e convenzionate con la struttura;
- 7) per le strutture funzionanti in base ad autorizzazione e/o 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 due anni dalla data di pubblicazione del presente atto;

- 8) per quanto riguarda le eventuali incompatibilità nell'assunzione di personale o affidamento di incarichi, si rimanda alle previsioni della normativa di settore.

### **Requisiti di accreditamento**

Si richiama integralmente quanto esposto al precedente paragrafo, con l'unica esclusione dello standard minimo che è fissato in 901 minuti settimanali per ospite.

Inoltre:

1. l'assistenza medica generica dovrà essere garantita nell'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'A.S.L. a meno che questa possibilità sia esplicitamente prevista all'interno di una convenzione. In ogni caso dovrà essere stabilito ed opportunamente pubblicizzato, l'orario settimanale di effettiva presenza medica all'interno della struttura;
2. per quanto riguarda la reperibilità si precisa che, le ore di reperibilità non potranno essere conteggiate ai fini del raggiungimento dello standard minimo previsto. Vengono conteggiate, ai fini di tale raggiungimento, solo le ore di assistenza effettivamente rese nella struttura in caso di chiamata;
3. al fine di rispondere all'esigenza di disporre di personale qualificato per ogni possibile supporto all'anziano, possono altresì concorrere al raggiungimento degli standard altri operatori, così come di seguito indicato:
  - operatori dell'area delle professioni sanitarie della riabilitazione quali: il terapeuta occupazionale, il podologo, l'educatore professionale (classe 2) ecc.
  - psicologi,
  - altri operatori che avendo sostenuto corsi di aggiornamento/specializzazione di musicoterapia, arteterapia, danzaterapia e teatroterapia, possano essere utilmente impiegati ai fini del raggiungimento degli obiettivi fissati nel P.A.I.

Con riferimento alla rendicontazione annuale del personale che ha operato nel corso dell'anno 2002, si precisa che la stessa dovrà essere svolta secondo le regole e gli standard sin qui vigenti.

**SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI  
GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE E LE  
RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER ANZIANI**

Tra

l'A.S.L. ....con sede.....  
Via.....n°.....codice fiscale.....  
legalmente rappresentata dal Direttore Generale sig.....

E

La R.S.A. ....con sede legale in  
.....Via.....n°.....codice fiscale  
.....legalmente rappresentata dal sig..... in  
qualità di.....

PREMESSO che:

- l'A.S.L..... intende avvalersi del (ente gestore) .....  
che gestisce la RSA.....ubicata in  
..... Via ..... n° ..... , per  
l'erogazione dell'assistenza residenziale socio/sanitaria integrata a favore degli anziani non  
autosufficienti;
- La R.S.A.....con sede in ..... è  
autorizzata al funzionamento in via...(temporanea o definitiva).....sulla base del  
provvedimento n.....del....., emesso dalla competente  
Amm.ne prov.le di....., e con d.g.r. n. .... del ..... la R.S.A.  
..... è stata accreditata per i seguenti posti letto.....e che risulta

pertanto iscritta nel registro regionale delle R.S.A., istituito presso la Direzione Regionale Famiglia e Solidarietà Sociale,

e mette a disposizione i seguenti posti letto.....di sollievo,

- la R.S.A. 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 RSA..... ubicata a ..... in Via .....n° ..... gestita da ..... per l'assistenza residenziale socio-sanitaria a favore di n..... anziani non autosufficienti. La R.S.A..... garantisce le prestazioni di assistenza sociosanitaria, avvalendosi delle strutture, attrezzature, servizi e personale come definiti della 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'A.S.L. 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 accoglienza**

La R.S.A. 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.OS.I.A. ed a rivederla periodicamente come stabilito dalle norme regionali,
- 3) a verificare che i richiedenti ammessi al ricovero, abbiano il requisito della non autosufficienza,
  
- 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 RSA, 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), e garantisce altresì l'erogazione del saldo trimestrale spettante, entro i successivi 60 gg. dall'avvenuto 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 R.S.A. 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.OS.I.A., secondo la modulistica regionale predisposta allo scopo.

E' fatta salva la facoltà dell'A.S.L. di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate, ogni qual volta siano in corso contestazioni formali ai sensi degli artt. 4, 6, 7 ed 8 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.OS.I.A. alla cui variazione deve corrispondere un adeguato aggiornamento del P.AI. e la registrazione dell'evento patologico o traumatico nel fascicolo sanitario e sociale.

L'A.S.L. 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 contraddittorio 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 14.12.2001 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'A.S.L. 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 15 giorni. La mancata controdeduzione nei termini stabiliti, o l'inadempienza agli obblighi assunti per il ripristino dei requisiti carenti, comportano la risoluzione del presente contratto.

#### **Art. 10**

#### **Controversie**

Le controversie di natura patrimoniale, potranno essere deferite, 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'A.S.L. ed alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale.

Letto, confermato e sottoscritto,

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

della R.S.A.

IL DIRETTORE GENERALE

dell'A.S.L.

---

---

### Categorie degli ospiti

L'introduzione della scheda di rilevazione intermedia dell'assistenza (S.OS.I.A.) con la conseguente raccolta dei dati relativi da parte delle RSA, ha consentito la elaborazione di un metodo per la definizione degli indicatori di fragilità della popolazione ospite delle RSA lombarde, utile per costruire una nuova classificazione in fasce omogenee per condizione motoria, cognitiva e clinica.

Per l'identificazione della compromissione motoria vengono utilizzati gli *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.

Per l'identificazione della compromissione cognitiva e comportamentale vengono utilizzati gli *item* derivati dalla scala Gottfries-Brane-Steene (GBS) relativi alla confusione, irritabilità e irrequietezza e l'*item* relativo a patologie psichiatrico 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 cognitivtà e di determinare la classificazione degli ospiti in due gruppi: compromissione cognitiva grave o moderata.

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 psichiatrico - comportamentali (demenza, ansia, depressione, agitazione, psicosi, etc.) vengono valorizzate sia nella misurazione della comorbilità che nell'indice relativo alla cognitivtà e comportamento. Per ogni patologia sono valorizzati gli *item* che segnalano un valore moderato, grave o molto grave e determinano la suddivisione degli ospiti in due gruppi: condizione di compromissione clinica grave o moderata.

Una volta ottenuta la doppia suddivisione all'interno di ogni indice, si è provveduto a legare le sei classificazioni attribuendo una capacità di determinare la fragilità maggiore per la componente motoria, intermedia per quella cognitiva/comportamentale e minore per le condizioni cliniche.

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

<b>CLASSE</b>	<b>MOBILITÀ</b>	<b>COGNITIVITÀ E COMPORAMENTO</b>	<b>COMORBILITÀ</b>
<b>1 (M1C1S1)</b>	<b>GRAVE</b>	<b>GRAVE</b>	<b>GRAVE</b>
<b>2 (M1C1S2)</b>	<b>GRAVE</b>	<b>GRAVE</b>	<b>MODERATA</b>
<b>3 (M1C2S1)</b>	<b>GRAVE</b>	<b>MODERATA</b>	<b>GRAVE</b>
<b>4 (M1C2S2)</b>	<b>GRAVE</b>	<b>MODERATA</b>	<b>MODERATA</b>
<b>5 (M2C1S1)</b>	<b>MODERATA</b>	<b>GRAVE</b>	<b>GRAVE</b>
<b>6 (M2C1S2)</b>	<b>MODERATA</b>	<b>GRAVE</b>	<b>MODERATA</b>
<b>7 (M2C2S1)</b>	<b>MODERATA</b>	<b>MODERATA</b>	<b>GRAVE</b>
<b>8 (M2C2S2)</b>	<b>MODERATA</b>	<b>MODERATA</b>	<b>MODERATA</b>

La remunerazione di ognuna delle otto classi per le strutture accreditate, verrà determinata con successivo provvedimento da parte della Giunta Regionale.