

Allegato 15

Indirizzi di programmazione socio sanitaria

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il contesto sociale lombardo, non diversamente da quanto accade in tutti gli altri paesi occidentali a economia evoluta, è interessato da una serie di profonde trasformazioni nella sua struttura demografica. La struttura delle famiglie ha avuto un mutamento importante: aumentano le famiglie monocomponente e si riducono fortemente i nuclei familiari con quattro, o cinque e più componenti.

La diminuzione globale delle nascite, oltre che i progressi della medicina, che hanno portato ad un allungamento quantitativo dell'aspettativa di vita, hanno determinato il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione lombarda: l'indice di vecchiaia in Lombardia è pari al 143%, superiore a quello dell'Unione Europea che è il 108%. Infatti, le persone di età maggiore a 65 anni sono attualmente circa il 20% del totale della popolazione, di questi, il 5,4% vive da solo e il 6,5% di questi anziani soli è in condizione di povertà assoluta.

Altri cambiamenti sono avvenuti in questi ultimi anni determinando una maggiore vulnerabilità sociale dei cittadini lombardi, tra i quali i più significativi sono: la gravissima crisi economica, l'indeterminatezza del mercato del lavoro, il progressivo indebolimento delle relazioni familiari, lo sfilacciamento delle reti sociali e l'aumento delle patologie cronico degenerative che richiedono alle famiglie impegni assistenziali, psicologici e finanziari assolutamente nuovi e che spesso disarticolano l'organizzazione della quotidianità familiare.

La famiglia, nel contesto sopra delineato, può incontrare nelle diverse fasi del ciclo di vita, differenti condizioni di fragilità legate non solo a situazioni di insicurezza economica, lavorativa e relazionale, o di grave malattia di un componente, ma anche alla nascita di figli, alla crisi del proprio ruolo educativo, alla crisi della coppia, ecc, eventi questi che rendono la famiglia vulnerabile rispetto ad una sua condizione di benessere complessivo.

Una dimensione di fragilità di particolare rilevanza è quella riferita alla condizione di non autosufficienza della persona, determinata dall'invecchiamento, associato a malattie, o da patologie insorgenti alla nascita o nel corso dell'esistenza che limitano la capacità funzionale e che richiedono alla famiglia la messa in campo, per l'assistenza, di risorse fisiche e psicologiche, oltre che economiche.

In linea generale, si assiste, da un lato, ad un progressivo aumento dell'aspettativa di vita, associato all'aumento della prevalenza del numero di soggetti adulti/anziani affetti da patologie croniche e a lungo termine, dall'altro, si osserva un aumento della fragilità legata alla perdita di abilità fisiche, psicologiche e sociali, spesso in presenza di quadri clinici di grande complessità che mutano continuamente nel corso della storia naturale della malattia.

A fronte di queste profonde modificazioni dello stato di salute delle persone, la rete di residenzialità protetta ha risposto in questi ultimi anni a nuove pressanti richieste provenienti da famigliari di persone in condizione di disabilità estrema (derivanti da condizione di Stato vegetativo, malattie del motoneurone ed in particolare la Sclerosi Laterale Amiotrofica) e, su precise indicazioni regionali, hanno attrezzato specifiche aree dedicate con personale qualificato per rispondere adeguatamente alle necessità assistenziali di queste persone.

D'altro canto, si rileva che a determinate situazioni di fragilità e di non autosufficienza, che richiedono una presa in carico globale integrata e continuativa ed il coordinamento di tutte le attività ad essa riferite nel periodo successivo alla fase acuta della malattia (post-acuzie), nella fase cronica di lungoassistenza e nelle situazioni di disagio/fragilità sociale globalmente intese, non corrispondono risposte appropriate da parte dell'attuale rete di offerta sociosanitaria.

Una forte domanda proviene dalle persone in condizione di terminalità e dalle loro famiglie non soddisfatta totalmente dalla attuale rete degli Hospice sociosanitari (con lunghe liste d'attesa) che pur garantiscono una dotazione di 0,25 p.l. ogni 10.000 abitanti, superiore all'indice di programmazione regionale pari a 0,15 p.l. ogni 10.000 abitanti.

Un'altra dimensione di fragilità è rappresentata dai minori in età evolutiva con disabilità, per la quale si evidenzia che l'attuale rete di offerta si caratterizza per insufficienza quantitativa e distribuzione disomogenea delle Strutture riabilitative territoriali extraospedaliere accreditate e a contratto oltre che da una insufficiente capacità di presa in carico da parte dei Servizi della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. In particolare, per quanto riguarda la rete delle Strutture riabilitative ambulatoriali, le caratteristiche di insufficienza e di disomogeneità della distribuzione si amplificano in maniera tale da produrre una importante carenza, se non assenza totale, in alcuni territori, di risposta ai bisogni rappresentati dalle famiglie, determinando lunghe liste d'attesa presso tali Strutture.

Un'altra delle dimensioni di fragilità della popolazione lombarda, di notevole complessità per la rapidità dell'evoluzione dei bisogni, è quella delle dipendenze. Si rileva che le modificazioni delle abitudini legate all'assunzione di sostanze sono fortemente condizionate dalle modificazioni del contesto socio-culturale, determinando forti impatti sull'assetto organizzativo dei servizi. Nuovi bisogni emergono per forme nuove di dipendenza, per situazioni di cronicità, di grave disagio e devianza, di minori in difficoltà che associano anche problemi di dipendenza, di abuso/dipendenza compatibile con una vita sociale e lavorativa. Tutti questi nuovi bisogni richiedono di rivedere le modalità di approccio e di pensare nuovi modelli di intervento.

Tutte queste diverse dimensioni di fragilità necessitano inoltre di essere tutelate, "protette" per avere le necessarie garanzie di una vita di qualità attraverso:

- il riconoscimento e il rispetto delle aspirazioni,
- la legittimazione a rappresentare i propri bisogni,
- il governo dei legittimi interessi.

In questo senso, la "protezione" della persona fragile deve essere capace di comprendere i suoi reali bisogni e trovare soluzioni adeguate nel rispetto della sua dignità e delle sue capacità, tenendo conto anche delle aspirazioni della famiglia.

Tutto quanto sopra descritto impone una profonda riforma del welfare lombardo che deve fondare le proprie *policy* sul principio della centralità della persona rispetto al sistema di servizi, in tutte le fasi della vita.

Già con la D.G.R. n. 937/2010 di determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per il 2011 si era preso atto delle modificazioni socio-culturali intervenute nel contesto lombardo ed era stato definito un insieme coordinato di azioni, anche di natura sperimentale, per dare avvio alla realizzazione della riforma del sistema di welfare, spostando l'attenzione dall'*offerta* –di servizi e/o strutture-, alla *domanda*, riportando al centro di tutto il sistema dei servizi e degli interventi la persona e la sua famiglia.

Tale inversione del modello di assistenza è volta a:

- sostenere e sviluppare la capacità della rete dei servizi di “prendersi cura” delle persone e delle loro famiglie, oltre che del “curare”, azione questa più concentrata sulla malattia;
- sviluppare strumenti di lettura e valutazione del bisogno in tutte le sue dimensioni tenendo conto del contesto familiare e socio ambientale di vita;
- realizzare concretamente una “presa in carico” integrata della persona fragile che garantisca sul territorio un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, per fornire l'unitarietà tra le diverse tipologie di prestazioni, la continuità tra le diverse azioni di cura e assistenza, la realizzazione di percorsi integrati.

In coerenza con quanto sopra esplicitato, nel corso del 2011 si sono attivate le seguenti azioni:

➤ *Famiglia: azioni di conciliazione e di sostegno ai ruoli genitoriali*

- approvazione del Libro Bianco sulla conciliazione: sostegno della programmazione territoriale per interventi di conciliazione famiglia/lavoro (campione 1050 lavoratori e 5 grandi imprese), sottoscrizione di 13 accordi di collaborazione con Enti istituzionali, imprese ecc (avviati 10 piani di azione), sperimentazione della dote conciliazione;
- Bando per la sperimentazione di progetti innovativi in materia di welfare aziendale e interaziendale;
- attuazione del Piano Straordinario Nidi finalizzato all'acquisto da parte dei Comuni di posti nido presso erogatori privati.
- definizione delle linee guida per gli affidi familiari;
- approvazione dei requisiti di accreditamento delle Unità d'offerta sociali per minori;
- bando ai sensi della LR n. 23/99 per la realizzazione di progetti a sostegno delle famiglie;
- realizzazione del progetto NASKO a sostegno delle madri in difficoltà.

➤ *Consultori*

- sperimentazione delle funzioni di ascolto, orientamento e supporto psicopedagogico delle famiglie in 30 consultori pubblici e privati accreditati volta a raccogliere le richieste e i bisogni delle famiglie proponendo soluzioni in tempo reale e garantendo una presa in carico globale.

- *Non autosufficienza: persone anziane e persone con disabilità*
 - avvio del percorso del nuovo modello di valutazione del bisogno su alcune unità d’offerta e per alcune tipologie d’utenza: Assistenza domiciliare integrata per anziani e persone con disabilità (in 6 ASL);
 - approvazione con DGR n. 2124/2011 delle linee di indirizzo sperimentali per l’assistenza di persone in stato vegetativo con le quali è stato esteso il target delle persone diagnosticabili in tale condizione, inoltre è stata disposta l’erogazione di voucher a persone in Stato Vegetativo per la scelta della struttura residenziale più idonea alla loro presa in carico (in Residenza sanitario assistenziale per anziani o per persone con disabilità);
 - attivazione di progetti in attuazione del Piano d’Azione Regionale per le persone con disabilità:
 - monitoraggio delle azioni di tutte le Direzioni Generali di Regione Lombardia per l’integrazione delle politiche regionali per la disabilità;
 - avvio di progetti territoriali a favore di persone non autosufficienti con bisogni complessi (valutazione multidimensionale, definizione di progetti individuali integrati a sostegno della domiciliarità).

- *Dipendenze*
 - avvio della sperimentazione del modello di inversione del modello dall’offerta alla domanda in 9 ASL;
 - linee guida alle ASL per l’attuazione di azioni di prevenzione dei comportamenti di abuso di alcol e droghe;
 - avviata la realizzazione di programmi di prevenzione centrati sull’acquisizione di competenze (*life skills program*) rivolti agli adolescenti e alle loro famiglie in 114 scuole.

SEMPLIFICAZIONE

Al fine di consentire al sistema di raggiungere fondamentali obiettivi di semplificazione e snellezza nelle procedure, anche evitando la duplicazione degli oneri di presentazione degli atti/certificati da parte dei soggetti erogatori di prestazioni, nel corso del 2012, sarà recepita la normativa (Legge 241/1990, come modificata dall’articolo 49, comma 4-bis, della legge 122/2010) in materia di semplificazione degli atti.

In particolare si provvederà all’adozione di specifici provvedimenti diretti alla semplificazione dei processi di messa in attività e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie con l’applicazione della Segnalazione Certificata di inizio attività (SCIA), in luogo dell’attuale Denuncia di inizio attività (DIA). Sarà inoltre introdotta la possibilità di presentare la richiesta di accreditamento contestualmente alla SCIA. Sino all’entrata in vigore dello specifico provvedimento si applicano le procedure previste dalla d.g.r. n. 8496/08.

Contestualmente agli interventi di razionalizzazione e semplificazione della disciplina di cui sopra sarà attuata la messa a sistema di un applicativo che informatizzi il registro regionale degli enti accreditati di cui alla LR 3/2008.

Di conseguenza l’inserimento dei dati nel registro informatizzato da parte delle ASL diventerà parte

essenziale ed obbligatoria della procedura di accreditamento.

ACCREDITAMENTO

Al fine di garantire una sempre maggiore qualificazione dei soggetti che operano nella rete socio-sanitaria e a tutela degli utenti e della centralità della famiglia si procederà all'adozione di provvedimenti per la definizione di un modello di accreditamento universale che preveda la definizione di specifici requisiti omogenei per tutte le unità di offerta socio-sanitarie. In particolare si precisa sin da ora che tra i requisiti che dovranno essere disciplinati con lo scopo di migliorare l'efficienza e la trasparenza dell'operato sia della regione sia dell'ente accreditato dovranno esservi:

- l'acquisizione di personalità giuridica per le unità di offerta a regime residenziale e semiresidenziale;
- l'adeguamento, per le unità d'offerta residenziali con capacità ricettiva uguale o superiore agli 80 posti, al Decreto *Legislativo n. 231 dell' 8/06/2001 recante "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni, anche prive di personalità giuridica, a norma dell'art. 11 della legge 29/09/2000, n. 300"*;
- la revisione dei contenuti essenziali della Carta dei servizi, quale strumento diretto ad informare i soggetti che fruiscono della rete dei servizi sulle condizioni che danno diritto all'accesso, sulle modalità di erogazione delle prestazioni, sulle condizioni per facilitarne la valutazione, sulle procedure per tutelarsi nei casi di inadempienza;
- la definizione dei contenuti del contratto d'ingresso tra utente e unità di offerta socio-sanitarie accreditate e a contratto.

Stante il passaggio dall'offerta alla domanda e la centralità della persona i requisiti gestionali di accreditamento saranno rivisti sulla base della valutazione multidimensionale della persona fragile pertanto con apposito provvedimento verranno definiti i requisiti regionali per l'esercizio e l'accreditamento dell'assistenza domiciliare integrata superando in tal modo l'attuale sistema fondato sui patti di accreditamento a livello di ASL.

Nelle more della definizione dei requisiti, potranno essere rinnovati solo i patti di accreditamento in essere, fissando la scadenza massima al 30 giugno 2012. Non potranno quindi essere sottoscritti nuovi patti di accreditamento da parte delle ASL.

Con il presente provvedimento si recepiscono i principi del Piano d'indirizzo per la Riabilitazione approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 6 febbraio 2011. In attesa di successivo provvedimento regionale, che darà attuazione a tale Piano ed armonizzerà la normativa regionale attualmente vigente, non si procederà a nuovi accreditamenti di unità d'offerta di riabilitazione territoriale extraospedaliera o ampliamenti di accreditamento di quelle già accreditate, con la sola eccezione delle prestazioni ambulatoriali rivolte a minori disabili, a causa dell'insufficienza e disomogeneità di questa offerta sul territorio.

In previsione della revisione complessiva del sistema dei servizi per le dipendenze, saranno consentite solo modifiche di accreditamenti delle strutture già accreditate, mantenendo inalterato il numero complessivo di posti già accreditati. Potranno essere accreditate solo nuove unità di offerta

che abbiano presentato DIA entro la data di approvazione della presente delibera e per le quali non siano intervenute successive prescrizioni da parte dell'ASL.

Sempre sulla base dei principi stabiliti dal Piano Sociosanitario regionale ed in consequenzialità con la nuova classificazione e valutazione dei bisogni delle persone fragili, volta a creare classi omogenee e a definire modalità uniformi di valutazione, nel corso del 2012 si procederà ad attività volte alla revisione del sistema di classificazione delle persone ospiti di RSA ed alla riforma dei requisiti gestionali di accreditamento.

PIANI PROGRAMMA

Il processo di adeguamento strutturale di RSA e CDI è pressoché totalmente concluso, grazie al forte impegno organizzativo ed economico messo in campo negli ultimi anni dai gestori per il raggiungimento dell'obiettivo.

Preso atto che il 31 dicembre 2011 scadono i termini relativi all'adeguamento strutturale di queste due tipologie di unità d'offerta, sarà possibile per le ASL confermare, per tutte le strutture che non hanno ancora conseguito l'autorizzazione definitiva e per un termine non eccedente il 31 marzo 2012, l'autorizzazione provvisoria emessa sulla base del piano programma. Tale termine è previsto ai soli fini della ricollocazione degli ospiti, secondo un piano concordato con le famiglie, o della valutazione di circostanze eccezionali che, eventualmente, ne giustifichino il differimento.

La valutazione di cui al paragrafo precedente, che si prevede congiunta da parte di ASL e Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale, sarà effettuata sulla base di un procedimento istruttorio di competenza dell'ASL.

Per le altre tipologie di unità di offerta eventuali proroghe alla tempistica stabilita dai piani programma potranno essere concesse dalla ASL solo ed esclusivamente su istanza del legale rappresentante dell'unità d'offerta, corredata da idonee motivazioni, ed a seguito di preventivo assenso della Direzione Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale. Qualora le motivazioni addotte a fondamento della richiesta di conferma dell'autorizzazione provvisoria e proroga del piano programma non fossero giudicate sufficienti, potrà essere emessa una autorizzazione temporanea al solo fine garantire la ricollocazione individuale degli ospiti in carico alla struttura, secondo un piano concordato con le famiglie e con l'ASL.

INDICAZIONI PER LA PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE

Le ASL sono tenute ad attivare tutti i processi di coinvolgimento e di partecipazione, anche attraverso momenti di confronto con tutti gli attori del territorio, in una logica di armonizzazione degli strumenti di programmazione del territorio e sono altresì responsabili dell'integrazione della programmazione sociale con quella sanitaria e sociosanitaria ai sensi della l.r. 3/2008.

Le ASL esplicano tali funzioni in particolare attraverso:

- gli Accordi di Programma di cui alla legge 3/2008, sottoscritti insieme ai Comuni per l'attuazione dei Piani di Zona;

- i Piani integrati locali di promozione della salute;
- il Documento di Programmazione e Coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari dell'ASL;
- gli Accordi di Collaborazione per la costituzione della Rete territoriale di conciliazione, di cui l'ASL è Capofila.

Emerge inoltre l'urgenza di agire perchè tali strumenti e documenti di programmazione si coordinino e interagiscano più in generale con altri strumenti di programmazione territoriale già esistenti, quali le Linee regionali di indirizzo per le politiche giovanili, gli Accordi Quadro per lo Sviluppo Territoriale (AQST), la programmazione triennale 2010/2012 delle Province, il Piano di Governo del Territorio, il Piano territoriale degli orari dei servizi, i Patti territoriali per l'occupazione.

Rispetto agli obiettivi specifici che le ASL devono raggiungere e alle azioni concrete a loro carico, anche in prosecuzione di azioni già avviate nel 2011, si richiamano di seguito i più recenti atti di programmazione territoriale di riferimento:

- Piano regionale in attuazione dell'Intesa Stato – Regioni e PA - AALL in materia di conciliazione famiglia – lavoro;
- Piano di Azione Regionale a favore delle persone con disabilità;
- Semplificazione dei rapporti tra Pubblica Amministrazione e Terzo Settore;
- Linee regionali per l'affido familiare;
- Libro Bianco conciliazione famiglia lavoro;
- Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2012 – 2014.

Obiettivi della programmazione territoriale:

- promuovere una nuova programmazione integrata e partecipata, coinvolgendo tutti gli attori a livello locale;
- facilitare l'accesso dei cittadini e delle famiglie alla fruizione di un sistema non frammentato e integrato di interventi e servizi, coerente con l'evoluzione dei bisogni e capace di risposte appropriate;
- realizzare un ambiente sempre più capace di sostenere concretamente la volontà delle persone con disabilità di perseguire la propria piena realizzazione personale e sociale;
- dare continuità alle reti territoriali conciliazione, promuovere l'adesione di nuovi soggetti e l'armonizzazione degli strumenti di programmazione in un'ottica di conciliazione;
- sviluppare partecipazione ai processi di cambiamento e innovazione, attraverso la condivisione di obiettivi comuni e l'apprendimento reciproco tra i diversi stakeholder;
- sviluppare servizi di conciliazione a favore dei propri dipendenti;
- favorire le iniziative sperimentali coerenti con i processi di riforma tra cui quelle volte alla sperimentazione, all'implementazione e alla diffusione della contrattazione aziendale e territoriale per la stipula di accordi di welfare integrativo, che si collocano in sinergia con la programmazione del welfare territoriale, con il coinvolgimento delle parti sociali, così come

previsto dall' Intesa tra Anci Lombardia e Organizzazioni sindacali sottoscritta il 15 marzo 2010.

Il sistema delle regole 2012 chiede alle Aziende Sanitarie Locali di:

- coordinare, nell'ambito dei percorsi di costruzione dei Piani di Zona del proprio territorio, le attività finalizzate a:
 1. un'analisi dei bisogni socio-sanitari e sociali, delle risposte, dei soggetti e dei network attivi sul territorio effettuata entro un perimetro di conoscenza sovra distrettuale, coincidente con il territorio dell'Azienda sanitaria locale di riferimento;
 2. l'individuazione di obiettivi condivisi con il territorio di riferimento e di modalità operative concrete per la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria:
 - promuovere la propria partecipazione alle iniziative sperimentali nell'area socio-sanitaria e sociale a carattere innovativo che saranno determinate e sviluppate dai Comuni e dagli Ambiti;
 - sottoscrivere gli Accordi di Programma ai sensi dall'art. 18 della l.r. n. 3/2008 per il triennio di programmazione sociale 2012 – 2014;
 - assicurare la governance delle reti territoriali conciliazione secondo le previsioni degli accordi territoriali sottoscritti nel corso del 2011.
 - realizzare misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro a favore del personale operante nelle ASL;
- contribuire per la parte di propria competenza all'avanzamento del Libro Bianco Conciliazione e alla piena attuazione dei Piani territoriali conciliazione approvati e al monitoraggio e valutazione delle azioni sperimentali avviate.

FLUSSI INFORMATIVI

Nel corso del 2012 verranno poste in essere azioni tese a superare la disomogeneità della rilevazione dei dati, da parte delle ASL, di rendicontazione delle prestazioni erogate nelle unità di offerta sociosanitarie lombarde. I soggetti gestori non possono in alcun modo essere esposti al rischio di dover adempiere al proprio obbligo di rendicontazione secondo logiche territoriali differenti. Occorre pertanto sottolineare che non saranno più ammissibili da parte delle ASL operazioni di personalizzazione degli strumenti definiti dalla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale per la rilevazione del debito informativo a carico degli enti gestori. Le modalità e i contenuti del debito informativo costituiscono infatti da sempre ambiti di competenza della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale rispetto ai quali non residuano spazi di discrezionalità in capo alle ASL.

Le ASL saranno pertanto tenute a concorrere dal 2012 alla realizzazione dell'obiettivo di definizione di un sistema di debito informativo sociosanitario caratterizzato da omogeneità in termini di modalità, di tempistica e di contenuto della rilevazione, provvedendo ad una progressiva dismissione degli strumenti informatici locali che non risulteranno in linea con le indicazioni regionali.

Nel corso del 2012 le ASL saranno tenute a concorrere agli obiettivi derivanti dalla messa a regime del sistema del debito informativo ministeriale collegato all'area dell'assistenza domiciliare (flusso SIAD), a quella dell'assistenza residenziale e semiresidenziale a favore della popolazione anziana (flusso FAR) e, infine, all'area delle dipendenze. Le ASL dovranno infatti garantire il rispetto della tempistica di trasmissione dei tracciati definita in rapporto ai singoli flussi informativi, lavorando altresì con i soggetti gestori del rispettivo territorio in funzione della qualità dei dati trasmessi. Particolare impegno dovrà essere diretto a verificare l'effettiva applicazione delle condizioni di validità dei tracciati, in applicazione delle note e delle circolari regionali sui singoli flussi informativi, al fine di garantire l'invio al Ministero del numero maggiore di record.

CONTROLLI

Le variazioni normative introdotte in questi anni, basate principalmente su processi di semplificazione e snellimento delle procedure, in particolare per quanto riguarda l'avvio delle attività in ambito sociosanitario, richiedono modificazioni delle regole a presidio dell'attività di vigilanza e controllo, che garantiscano, nell'ottica del principio di centralità del cittadino, il mantenimento di un'adeguata tutela del livello di soddisfazione della domanda, dell'appropriatezza e della congruità delle prestazioni. Devono inoltre essere incentivati i percorsi correlati al miglioramento continuo della qualità che possano avvenire anche attraverso processi di autocontrollo da parte degli erogatori.

Nelle more dell'approvazione di un apposito provvedimento di modifica complessiva della DGR 8496/2008, che adegui i contenuti alle novità normative sinora intervenute, anche in materia di semplificazione e definisca infine ruoli, competenze e funzioni, rispettivamente della Regione e delle ASL, per quanto attiene all'esercizio, accreditamento, vigilanza e controllo di appropriatezza, si confermano le disposizioni della DGR 937/2010 in materia di redazione dei piani di controllo da parte delle ASL e le percentuali di controllo ivi stabilite, per quanto riguarda sia la vigilanza che i controlli di appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie e sociali.

In particolare per il 2012 le ASL dovranno attenersi alle specifiche indicazioni della Direzione Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale che verranno impartite in ordine a specifici controlli su piani programma e sperimentazioni.

ACQUISTI BENI E SERVIZI

Al fine di ottimizzare e minimizzare i costi relativi alle unità d'offerta sociosanitarie, che andrebbero a determinare benefici per l'intero sistema con particolare riguardo ai cittadini fruitori dei servizi, nel corso del 2012, in analogia con il modello già messo in atto mediante l'istituzione della "Centrale acquisti regionale", la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale intende promuovere modalità e strumenti per l'aggregazione di diversi erogatori di prestazioni sociosanitarie nelle procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi.

Soprattutto con riguardo ai piccoli erogatori, aventi scarso potere negoziale e carenti di informazioni per l'ottimale gestione delle procedure di gara, si ritiene indispensabile avviare delle procedure per l'acquisto congiunto di beni e servizi.

Per perseguire tale obiettivo, sarà compito delle ASL fornire il supporto organizzativo e strumentale al fine di coordinare i diversi erogatori che intendessero aderire ad iniziative per l'acquisto aggregato di beni e servizi.

Nel corso del 2012 si procederà altresì ad avviare un sistema di monitoraggio dei costi sostenuti dagli erogatori nei diversi ambiti territoriali per la fornitura di alcuni beni. Tale monitoraggio consentirà un'analisi comparativa dei costi sostenuti dai gestori.

Sia lo strumento delle forniture congiunte, sia l'avvio del sistema di monitoraggio dei prezzi consentiranno di contenere l'ampia variabilità di costi sostenuti per uno stesso bene dai diversi erogatori di prestazioni sociosanitarie. L'abbattimento significativo del costo di alcuni beni produrrà benefici significativi per gli erogatori e con ricadute positive per quanto riguarda l'entità delle rette a carico degli utenti dei servizi.

PROGETTI E SPERIMENTAZIONI

Nel 2012, compatibilmente con le risorse disponibili, si attiveranno progetti sperimentali nell'area della riabilitazione ambulatoriale territoriale extraospedaliera per minori disabili, nell'area delle dipendenze e nell'area della fragilità e non autosufficienza.

Le sperimentazioni, previo atto d'indirizzo della Giunta regionale, si articoleranno come segue:

- **area della riabilitazione ambulatoriale territoriale extraospedaliera per minori disabili**
Saranno promossi progetti e sperimentazioni per venire incontro alle reali e pressanti necessità di riabilitazione di bambini e adolescenti con disabilità e per offrire alle loro famiglie interventi concreti a sostegno della loro azione costante di assistenza
- **area delle dipendenze**
Nella prospettiva della generale evoluzione del sistema regionale delle dipendenze, nel 2012 verranno sperimentati nuovi modelli di intervento rispondenti ai bisogni emergenti, anche con l'individuazione di best practices (es. situazioni di cronicità, di grave disagio e devianza, minori in difficoltà anche con problemi di dipendenza, di abuso/dipendenza compatibile con una vita sociale e lavorativa, risposte dedicate a particolari tipologie e modi di consumo/abuso/dipendenza,...).
Nella revisione del sistema di intervento per le dipendenze verranno sperimentati e introdotti nuovi modelli (modalità) di gestione delle unità di offerta maggiormente adeguati alle caratteristiche della domanda: es. dipendenze croniche, cocaina, dipendenze comportamentali.
- **area della fragilità e della non autosufficienza**

Si sperimenteranno:

- soluzioni che si rivolgono a persone che necessitano di migliorare il più possibile lo stato di autosufficienza attraverso interventi di assistenza che non possono essere svolti a domicilio e di riattivazione (recupero non solo funzionale ma anche comportamentale/relazionale), nonché controlli ed interventi ripetuti nel tempo per sostenere l'equilibrio raggiunto.

L'assistenza che viene fornita prevederà delle soglie temporali massime di presa in carico, utili all'acquisizione di condizioni compatibili per un "reinserimento sicuro" della persona fragile nel proprio contesto sociale di vita o per un "accompagnamento" della stessa verso altre soluzioni offerte dalla rete dei servizi sociosanitari;

- strutture residenziali per l'accoglienza di minori con gravissime disabilità associata a breve speranza di vita e adolescenti con gravi problemi relazionali e di devianza;
- strutture di residenzialità leggera con caratteristiche di tipo alberghiero ma nel contempo in grado di garantire anche protezione sociale/ sociosanitaria al fine di offrire alle famiglie periodi di sollievo;
- proseguirà per tutto il 2012 la sperimentazione delle linee di indirizzo, approvate con DGR n.2124/2011, per l'assistenza di persone in stato vegetativo.

- **area assistenza domiciliare integrata**

Nel secondo semestre del 2011, è stata avviata la sperimentazione di un nuovo modello di erogazione dell'ADI, incentrato sulla valutazione dei bisogni delle persone non autosufficienti, in condizione di fragilità, e delle loro famiglie, attraverso la definizione di diversi livelli di gravità del bisogno, sotto l'aspetto sia sociosanitario-funzionale, sia sociale.

La valutazione degli esiti della sperimentazione del nuovo modello di valutazione e dei profili assistenziali ha consentito, da un lato, una prima validazione del modello di valutazione del bisogno, dall'altro, di acquisire elementi utili al superamento dell'attuale sistema di erogazione delle prestazioni che ricomprende nell'ADI anche interventi che non possono essere considerati integrati, ma prestazionali.

Si ritiene pertanto di stabilire di:

1. introdurre una netta separazione tra Assistenza estemporanea (interventi assistenziali prestazionali a breve o a lungo termine) e Assistenza Domiciliare Integrata (interventi assistenziali sociosanitari integrati). Con successivi provvedimenti regionali saranno definiti nello specifico i contenuti di queste due diverse attività assistenziali, stabilendone i requisiti di accreditamento;
2. estendere la sperimentazione a tutte le ASL lombarde ed in tutti i distretti. In particolare tutte le ASL dovranno:
 - a. comporre un'équipe multiprofessionale per la valutazione multidimensionale al domicilio delle persone in condizione di fragilità. In fase di sperimentazione, al fine della validazione definitiva del modello, si ritiene che la valutazione debba essere governata dal sistema pubblico e quindi dall'ASL;
 - b. procedere alla formazione mirata dei propri valutatori sul nuovo modello e per l'utilizzo dei nuovi strumenti di valutazione.

Al fine di monitorare complessivamente la sperimentazione dovrà essere attivato da parte delle ASL un sistema di controllo delle azioni sperimentali, coinvolgendo Comuni/Ambiti territoriali e soggetti erogatori, valutando anche l'indice di gradimento da parte delle persone fragili e

delle loro famiglie, nonché sondare il livello di soddisfazione degli operatori delle équipes multi professionali. Il debito informativo assolto con il flusso SIAD viene confermato e mantenuto.

- **area consultoriale**

E' prevista la prosecuzione delle sperimentazioni in atto nelle ASL sulla funzione di ascolto, orientamento e accompagnamento psicopedagogico delle famiglie.

I consultori familiari pubblici e privati accreditati costituiscono il nodo fondamentale della complessiva rete di servizi ed interventi a favore della famiglia nel suo ruolo generativo e di cura e, pertanto, devono essere in grado di raccogliere le richieste e i bisogni offrendo soluzioni in tempo reale. In questo senso, nel secondo semestre 2011, come previsto dalla DGR 937/ 2011 si è avviata in 30 consultori familiari, pubblici e privati accreditati, la sperimentazione della funzione di ascolto, orientamento e supporto psicopedagogico alle famiglie. I progetti di sperimentazione hanno previsto, tra l'altro, un ampliamento degli orari di accesso e/o dei giorni di apertura, l'estensione degli accessi anche a nuove tipologie d'utenza, consulenze personalizzate, la costituzione di una rete tra il consultorio e i diversi servizi territoriali funzionale ad una presa in carico celere dei bisogni delle famiglie formalizzata attraverso specifici protocolli d'intesa. Si ritiene necessaria la prosecuzione delle sperimentazioni anche per il 2012.

COMUNICAZIONE

Le ASL sono tenute a diffondere in maniera coordinata, e secondo gli indirizzi regionali, i contenuti, le modalità attuative e i benefici attesi dal percorso di riforma in atto nel 2012.

In modo particolare si richiede alle ASL di:

- ottimizzare le risorse a disposizione in materia di comunicazione;
- coordinare gli strumenti;
- utilizzare un'immagine semplice, istituzionale e riconducibile a ciascuna materia oggetto della riforma;
- ricorrere all'immagine coordinata per identificare in modo unitario soggetti, ruoli e destinatari della comunicazione

Si richiamano inoltre le ASL ad attenersi alle guidelines che di volta in volta verranno divulgate per l'utilizzo e la personalizzazione dei layout per quanto riguarda il percorso di riforma, e alla DGR dgr IX/1151 del 29.12.2010 -Direttive agli Enti Sanitari in merito all'acquisizione del parere della Commissione Tecnica per la Comunicazione, l'Editoria e l'Immagine (ex l.r. 20/2008 e ss.mm.ii.).

CONTRATTUALIZZAZIONE E BUDGET

Nel corso del 2012 si procederà alla messa a contratto di nuovi posti di Hospice, compatibilmente con le risorse disponibili e sulla base di specifiche indicazioni regionali, in ogni caso verrà data priorità ai territori con un indice di dotazione inferiore alla media regionale.

Sarà inoltre possibile, sulla base di specifiche motivazioni legate alla domanda di servizi provenienti dal territorio e previo parere favorevole delle ASL territorialmente competenti, procedere alla rimodulazione di posti già a contratto (previa modifica dei volumi accreditati), fermo restando che tali rimodulazioni dovranno essere iso-risorse.

Le A.S.L. non potranno procedere alla stipula di altri nuovi contratti, fatte salve circostanze eccezionali valutate congiuntamente con la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

Nelle more della definizione dei requisiti di accreditamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata potranno essere rinnovati solo i patti di accreditamento/contratto in essere e comunque con indicazione di apposita clausola che preveda l'automatica decadenza contestualmente all'avvio operativo del nuovo modello ADI. Non potranno quindi essere sottoscritti nuovi patti di accreditamento/contratto da parte delle ASL.

Per il 2012 viene confermata la budgetizzazione per le seguenti unità d'offerta sociosanitarie:

- Residenze Sanitario Assistenziali per Anziani (RSA);
- Residenze Sanitario Assistenziali per Disabili (RSD);
- Centri Diurni Integrati per Anziani (CDI);
- Centri Diurni per Disabili (CDD);
- Comunità Socio Sanitarie per Disabili (CSS);
- Hospice;
- Strutture di Riabilitazione Territoriale extraospedaliera;
- Assistenza Domiciliare Integrata (comprensiva di ADI a gestione diretta ASL-Voucher-Credit Sociosanitari) sino all'introduzione della relativa riforma;
- Servizi residenziali e semiresidenziali dell'area dipendenze;
- Servizi multidisciplinari integrati (SMI) dell'area dipendenze;
- Consultori familiari privati.

Nel 2012 viene riconosciuto alle ASL come "extra budget" il finanziamento per l'erogazione dei contributi ai familiari caregiver di persone in stato vegetativo o affette da malattie del motoneurone ed in particolare da SLA (così come disciplinato dalle dd.g.r. 7915/08 e 10160/09).

Nel budget per l'Assistenza Domiciliare Integrata sono compresi anche i voucher per persone affette da malattie del motoneurone ed in particolare da SLA.

Le risorse saranno assegnate alle ASL distintamente per ciascuna tipologia di unità d'offerta ad eccezione di CDI, CDD e CSS, per cui viene previsto un unico budget di ASL.

Anche per l'anno 2012 viene previsto il budget aziendale per altri costi non tariffati dalla Regione.

A ciascuna ASL le risorse vengono assegnate in misura pari al 100% dei rispettivi budget aziendali definitivi 2011.

Con provvedimenti della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale, i budget di ASL potranno essere ridefiniti per tenere conto degli effetti prodotti dalle disposizioni contenute e/o derivanti dall'attuazione del presente provvedimento.

I budget assegnati alle ASL si riferiscono alle prestazioni erogate dalle unità d'offerta ubicate sul territorio di competenza, a favore di tutti i cittadini lombardi, e non solo alla quota relativa ai consumi dei propri residenti.

Per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del Fondo Sanitario Regionale devono essere applicate le tariffe definite con i diversi provvedimenti regionali. Tali tariffe sono da praticare anche alle prestazioni rese ad utenti non lombardi e con oneri a carico delle loro Regioni di residenza.

Al fine di garantire continuità ai servizi resi ai cittadini e fornire certezze contrattuali ai soggetti erogatori, per tutte le unità d'offerte sopra indicate le ASL, entro il 31 dicembre 2011, dovranno sottoscrivere un contratto provvisorio, utilizzando lo schema tipo allegato al presente provvedimento, definendo un budget provvisorio per il primo trimestre 2012, pari ai tre dodicesimi del budget definitivo 2011.

Per le unità d'offerta a contratto solo per una parte dell'anno 2011, il budget di riferimento su cui calcolare i tre dodicesimi è determinato proiettando sull'intero anno la quota di risorse assegnata nel 2011.

Per eventuali unità d'offerta di nuova contrattualizzazione il budget provvisorio sarà determinato prendendo a riferimento la tariffa media di ASL con un livello di saturazione dei posti a contratto non superiore al 90%.

Entro il 31 marzo 2012 devono essere negoziati e sottoscritti tra ASL e soggetti gestori i budget che dovranno valere per l'intero anno. In tale budget dovrà essere ricompreso anche quanto assegnato con il budget provvisorio. Eventuali rimodulazioni di budget potranno avvenire entro il termine massimo del 30 novembre 2012.

Il budget definitivo per le unità d'offerta di nuova contrattualizzazione verrà determinato prendendo a riferimento la tariffa giornaliera e la saturazione media di ASL per l'anno 2011, con riguardo all'utenza tipica.

Per la definizione dei budget relativi a posti aggiuntivi di unità d'offerta già contrattualizzate, si dovranno prendere a riferimento la tariffa media giornaliera e la saturazione proprie della medesima unità d'offerta registrate per il 2011.

I budget debbono essere riferiti ai soli posti a contratto. Gli utenti dei servizi per i quali si ricevono tariffe a carico del F.S.R. debbono essere collocati su posti accreditati e messi a contratto, fatte salve eventuali deroghe stabilite dalla Regione.

Per il 2012 i budget assegnati alle singole unità d'offerta socio sanitarie per anziani e disabili

dovranno essere riferiti unicamente all'utenza tipica dei servizi.

Con riguardo all'utenza non tipica (Stati Vegetativi, SLA, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici della dgr 5000/2007) sarà remunerata extra-budget la differenza tra la tariffa di tale utenza e quella relativa all'utenza tipica dell'unità d'offerta con maggiore livello di fragilità (per le RSA la classe Sosia 1, per le RSD la classe SIDI 1). Con successivi provvedimenti regionali si forniranno ulteriori indicazioni, attuative della presente deliberazione, ai fini della determinazione dei budget per l'intero anno 2012, tenuto conto delle rendicontazioni economiche definitive per il 2011 e considerate le effettive disponibilità per il finanziamento dei servizi sociosanitari integrati nell'anno 2012.

A ciascuna unità d'offerta sociosanitaria dovrà essere riconosciuto un budget annuo, calcolato applicando ai posti a contratto nel 2012, le tariffe medie e le saturazioni definitive 2011 proprie di ciascuna struttura, riferite all'utenza tipica di cittadini lombardi.

Per le unità d'offerta messe a contratto, in tutto o in parte, nel corso del 2011, il budget 2012 potrà essere definito rapportando ad anno intero le prestazioni riferite solo ad una parte del 2011.

Per i servizi di riabilitazione territoriale extraospedaliera, per l'anno 2012:

- si intendono confermate le disposizioni relative al possibile utilizzo di posti letto a maggiore intensità riabilitativa per accogliere persone che necessitino di prestazioni di minore complessità, fermo restando che le tariffe riconoscibili sono quelle delle prestazioni effettivamente erogate;
- nei budget devono essere distinte le quote assegnate per le prestazioni in regime di ricovero (ordinario e day hospital) e quelle assegnate per le altre prestazioni in regime diurno (diurno continuo, ambulatoriale, domiciliare);
- per i soggetti che erogano sia prestazioni in regime di ricovero che in regime diurno, fermo restando il budget complessivamente assegnato contrattualmente dall'ASL è possibile richiedere lo spostamento di quote di budget da regime residenziale a regime diurno, e viceversa. La quota trasferita dovrà essere autorizzata dall'ASL territorialmente competente, sentita la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, e non può costituire elemento di consolidamento delle risorse assegnate per gli anni successivi;
- lo spostamento di risorse dal regime diurno a quello residenziale non può superare il limite del 14% dell'entità economica corrispondente al volume massimo delle prestazioni diurne accreditate e, comunque, non oltre i tetti massimi accreditati per le prestazioni residenziali;
- lo spostamento di risorse dal regime residenziale a quello diurno non può superare il limite del 4% dell'entità economica corrispondente al volume massimo delle prestazioni residenziali accreditate e, comunque, non oltre il 20% dei tetti massimi accreditati per le prestazioni diurne.

I budget 2012, sia quelli a livello di ASL che quelli assegnati alle singole unità d'offerta, comprenderanno le entrate derivanti dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla Legge n. 111 del 15 luglio 2011 e definite con provvedimenti regionali.

A partire dal 1° gennaio 2012, la remunerazione di prestazioni rese a favore di persone agli arresti domiciliari o affidati in prova in comunità terapeutiche è compresa, sia nel budget di ciascuna ASL, che in quello di ciascuna struttura accreditata e a contratto dell'area dipendenze,.

Per i soggetti gestori riconosciuti come Ente Unico, fatto salvo che i contratti sono definiti a livello di singola struttura, è possibile effettuare spostamenti di budget tra unità d'offerta contrattualizzate, anche se ubicate in ASL diverse, a condizione che vi sia un preventivo assenso delle ASL coinvolte e della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale. Tali variazioni di budget dovranno essere recepite nei contratti sottoscritti.

Per i servizi residenziali e semi-residenziali dovrà essere pagata solo la giornata di accettazione e non quella di dimissione. Analogamente, per i periodi di assenza, dovrà essere pagata solo la giornata di rientro e non quella di uscita. Non sarà quindi remunerata la giornata di dimissione, neanche in caso di decesso in struttura.

Con riferimento alle Residenze sanitario assistenziali per anziani e disabili (RSA e RSD), dal 1° gennaio 2012, non saranno più remunerate con oneri a carico del FSR le assenze per ricoveri ospedalieri.

Anche per quanto attiene i posti letto di sollievo a contratto, a decorrere dal 1 gennaio 2012 non saranno più remunerate le giornate per cui tali posti non fossero occupati da utenti (cosiddetta regola del "vuoto per pieno").

Con riferimento alle prestazioni rese da Centri Diurni Integrati per anziani (CDI), a partire dal 1° gennaio 2012 la remunerazione corrisposta viene legata alla frequenza effettiva degli utenti anziché agli orari di apertura delle strutture. Nelle more dell'applicazione di un sistema di remunerazione legato alla classificazione degli utenti, viene adottata la seguente modalità di remunerazione: l'attuale tariffa giornaliera pro capite di euro 29,60, prevista per i CDI funzionanti per almeno 8 ore al giorno, dovrà essere utilizzata per remunerare le prestazioni erogate ad utenti che frequentano i CDI a tempo pieno.

Per gli utenti frequentanti il CDI part-time la tariffa giornaliera è abbattuta del 50% (euro 14,80).

A decorrere dal 1° gennaio 2012 verranno remunerate le prestazioni di riabilitazione in regime Diurno Continuo effettivamente rese, venendo meno l'obbligo del pagamento dell'intero ciclo qualora sia stato effettuato nella misura dell'80%.

La prosecuzione della riabilitazione da un'Area all'altra (da maggiore verso minore intensità, ma anche viceversa), è possibile a condizione che vi siano motivate ragioni ("rilevanti e ben identificabili eventi intercorrenti") che giustifichino la prosecuzione del trattamento riabilitativo del paziente. Ciò comporta la dimissione del paziente, con chiusura della cartella clinica ed apertura di una nuova, con ridefinizione del piano e del programma riabilitativo individuali. In tutti questi casi, è necessario verificare in maniera puntuale l'appropriatezza delle prestazioni rese.

Per quanto riguarda le visite di presa in carico (prima visita/visita generale), a modificazione delle disposizioni contenute in atti precedenti, nel corso del 2012 è sempre prevista la remunerazione

della prima visita, sia nel caso in cui non ne scaturisca alcuna presa in carico riabilitativa, sia qualora ne esiti una presa in carico anche in altro regime o presso altra struttura.

Come stabilito dalla d.g.r. n. 10804/2009, le prestazioni ambulatoriali cosiddette “indirette” (colloquio con i familiari, riunioni con operatori di altri enti, stesura di relazioni), potranno essere remunerate, nell’ambito del budget assegnato, fino ad un massimo del 20% di quanto rendicontato per tutte le prestazioni ambulatoriali. All’interno di questo tetto di budget, vanno inclusi gli oneri a carico del FSR per la remunerazione delle visite di presa in carico.

Con riguardo alle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare, potrà essere erogato e remunerato un numero massimo di prestazioni fino ad un massimo del 130% dell’accreditato/contrattualizzato, riferito alla singola tipologia, purché venga garantito il rispetto dei requisiti di accreditamento per queste prestazioni aggiuntive e compatibilmente con il budget assegnato.

Con riferimento alla durata della seduta per riabilitazione ambulatoriale territoriale extraospedaliera per pazienti in età evolutiva (con età inferiore ai 18 anni), si riconferma quanto riportato nella dgr 4438/2007 che ha stabilito in 45 minuti la durata convenzionale di una singola seduta, con la possibilità di un massimo di 2 sedute (trattamenti) per giornata a prescindere dalla tipologia di prestazione ricevuta.

Con riguardo invece ai trattamenti ambulatoriali in area generale e geriatrica rivolti a pazienti adulti, potrà essere erogato e rendicontato solamente un trattamento per giornata.

Si chiarisce che la tariffazione definita nei provvedimenti regionali, con riguardo alle prestazioni ambulatoriali nell’area generale e geriatrica, è riferita ad una seduta per cui possono essere previste più prestazioni. Al fine del conteggio delle sedute/trattamenti erogati, una seduta di gruppo viene considerata una sola prestazione a prescindere dal numero di partecipanti al gruppo (da un minimo di tre ad un massimo di cinque persone).

Per quanto riguarda le prestazioni erogabili e rendicontabili nei regimi residenziale, semiresidenziale e diurno continuo, non potranno in alcun modo essere valicati i tetti di accreditamento.

Introduzione nel tariffario regionale delle prestazioni sociosanitarie per l’accompagnamento delle famiglie al percorso adottivo

Il DPCM 29.11.2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” prevede all’allegato 1C “Area integrazione sociosanitaria” le prestazioni sociosanitarie a carico in tutto o in parte al sistema sanitario nazionale. Le prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica alle donne, ai minori, alla coppia e alle famiglie (ivi comprese adottive ed affidatarie) sono previste senza oneri per il Comune. La DGR 937/2010 riconduce all’interno dei consultori la valutazione diagnostica delle coppie che richiedono l’adozione o l’affido di un minore, pertanto con specifico provvedimento di Giunta regionale attuativo della presente deliberazione sarà

introdotta nel tariffario regionale delle prestazioni sociosanitarie, la specifica prestazione relativa all'indagine psicodiagnostica delle coppie richiedenti l'adozione/affido con specifica tariffa.

Per quel che riguarda le prestazioni specialistiche rese dai consultori familiari, anche al fine di uniformare il sistema di erogazione e rendicontazione delle prestazioni con particolare riguardo alla riscossione del ticket, nel corso del 2012 è prevista l'estensione dell'utilizzo del ricettario nazionale a tutti i consultori privati accreditati e a contratto.

Modalità di definizione della retta assistenziale a carico degli utenti

Con riguardo ai posti/trattamenti sociosanitari accreditati e contrattualizzati, la retta assistenziale si aggiunge alla tariffa regionale finanziata attraverso l'utilizzo delle risorse del Fondo Sanitario Regionale (FSR). L'importo della retta assistenziale è stabilito dai singoli gestori delle unità d'offerta sociosanitarie, che dovranno rispettare criteri e limiti fissati dai provvedimenti regionali, garantendo la massima trasparenza e pubblicità rispetto alle decisioni adottate.

Al fine di omogeneizzare sul territorio lombardo i livelli minimi di assistenza alberghiera e, con essi, le modalità di fatturazione dei costi che concorrono a determinare la retta a carico degli assistiti, si prevede nel 2012 di declinare le voci della retta attraverso la distinzione tra "servizi base" che devono essere inclusi nella retta e "servizi aggiuntivi" che, al contrario, vanno distintamente descritti e valorizzati nel loro ammontare nel contesto della fattura a carico dell'assistito. Le attuali modalità di fatturazione sul territorio non consentono invece di operare questa distinzione, con evidente criticità per il cittadino di comparare le rette applicate sul territorio e di operare scelte consapevoli tra le diverse strutture del territorio. Obiettivi di trasparenza, equità e centralità del cittadino pongono invece la forte necessità di un intervento nella materia diretto a rendere più trasparente il livello di assistenza alberghiera assicurato dalle diverse strutture del territorio attraverso l'oggettivazione, anche in termini di rappresentazione contabile all'interno del contesto della fattura, dei beni e dei servizi che ne costituiscono il contenuto.

Ridefinizione dello schema tipo di contratto

In coerenza con le disposizioni del presente provvedimento è definito uno schema tipo di contratto, di seguito riportato, per dare continuità ai contratti fondati sulla previsione di un budget annuale, quale limite della produzione fatturabile dai soggetti gestori a carico del F.S.R.

Con apposita delibera di Giunta verrà successivamente approvato lo schema tipo di contratto a livello regionale per definire i rapporti giuridici ed economici discendenti dall'applicazione delle delibere in materia di sperimentazione ADI e di voucherizzazione della residenzialità a favore dei soggetti in stato vegetativo.

SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE (ASL) E LE UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIE ACCREDITATE

Tra

l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) con sede legale nel comune di in Via n....., codice fiscale partita iva, nella persona del direttore generale, o suo delegato, legale rappresentante pro-tempore, (*qualora si tratti di soggetto diverso dal legale rappresentante, indicare ed allegare l'atto che conferisce i poteri*), Sig. nato a il residente nel Comune di Vian.... Codice fiscale, domiciliato per la carica presso la sede dell'ASL;

e

l'ente gestore (*indicare ragione sociale completa*)..... con sede legale nel comune di in Via.....n....., codice fiscale..... partita iva, nella persona del/la Sig./a nato/a a il residente nel Comune di Vian.... Codice fiscale, in qualità di legale rappresentante pro-tempore/ amministratore (*qualora si tratti di soggetto diverso dal legale rappresentante, indicare ed allegare l'atto che conferisce i poteri di firma*), per l'unità d'offerta sociosanitaria (*inserire sigla della tipologia di unità di offerta: R.S.A., R.S.D. ecc.*) denominata....., con sede nel comune di in via.....n....., codice di struttura n.....;

premessi che:

- l'ASL....., di seguito denominata ASL, intende avvalersi di (*indicare ragione sociale completa*)....., di seguito denominato ente gestore, che gestisce l'unità d'offerta sociosanitaria (*inserire sigla della tipologia di unità di offerta: R.S.A., R.S.D. ecc.*) denominata.....ubicata nel comune

di.....in via.....n....., per l'erogazione di prestazioni/servizi (*inserire se trattasi di residenziale, semi residenziale, domiciliare, ambulatoriale*).....a favore di persone (*indicare tipologia utenza tipica se trattasi di anziani, disabili,*).....;

- l'ente gestore è abilitato all'esercizio della unità d'offerta in base al seguente atto/comunicazione(*riportate estremi DIA/eventuale SCIA/Comunicazione preventiva ovvero estremi autorizzazione al funzionamento*), nel rispetto delle disposizioni regionali e della vigente normativa, relativamente a (*specificare n. posti/ n. prestazioni ecc.*).....;
- con provvedimento regionale n. del è stato riconosciuto l'accreditamento per (*specificare n. posti/ n. prestazioni ecc.*)....., e che pertanto l'unità d'offerta risulta iscritta nel registro regionale istituito presso la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia;
- l'ente gestore, pertanto, intende mettere a disposizione dell'ASL n. posti /prestazioni(*inserire se è il caso anche la riserva di posti di sollievo*) autorizzati e accreditati che verranno remunerati nei limiti e nei termini fissati dal presente contratto;
- l'ente gestore ha comunicato che le rette giornaliere (*indicare se trattasi di retta unica o di rette differenziate specificandone gli importi*) praticate agli ospiti della unità d'offerta, alla data di stipulazione del presente atto, sono le seguenti e si impegna a comunicare alla ASL tutte le variazioni di retta;

tutto ciò premesso, si stipula quanto segue

ART.1

Premesse

1. Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto.

ART.2

Oggetto

1. Il presente contratto definisce i rapporti giuridici ed economici derivanti dalla erogazione di prestazioni sociosanitarie da parte dell'ente gestore, in relazione all'esercizio dell'unità d'offerta (*inserire tipologia di udo*) denominata....., con oneri a carico dell'ASL, nei limiti stabiliti dalla Regione Lombardia e fatta salva la partecipazione ai costi da parte dell'utente, ai sensi della vigente normativa.
2. L'ASL si avvale pertanto dell'ente gestore per l'assistenza a favore di utenti (*inserire tipologia di utenza*)

3. L'ente gestore garantisce le prestazioni di assistenza utilizzando le strutture, le attrezzature, i servizi, il personale secondo i criteri e gli standard definiti dalla Regione Lombardia.

ART. 3

Mantenimento dei requisiti e vigilanza

1. L'ente gestore si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni certificando il numero, la professionalità ed il rapporto di lavoro del personale impiegato nella unità d'offerta.
2. L'ente gestore si impegna a comunicare tempestivamente all'ASL ogni eventuale variazione che dovesse intervenire, così rilevante da incidere sul possesso dei requisiti o sull'organizzazione, e autocertifica, annualmente il mantenimento degli standard di personale, nonché il mantenimento di tutti gli altri requisiti di esercizio e di accreditamento della unità d'offerta, mediante l'assolvimento del debito informativo previsto dalla normativa regionale.
3. L'ASL, nell'esercizio delle funzioni di vigilanza, può accedere a tutti i locali della unità d'offerta ed assumere informazioni dirette dal personale, dagli ospiti e dai loro familiari; può accedere alla documentazione relativa al rapporto di accreditamento o, comunque, rilevante ai fini dell'esercizio dell'unità d'offerta, al fine di verificare quanto dichiarato dall'ente gestore. Al termine di ogni sopralluogo, l'ASL redige il verbale, almeno in duplice copia, in contraddittorio con il gestore o persona incaricata dall'ente gestore, nel quale sono indicati i motivi del sopralluogo, i requisiti valutati, la documentazione acquisita dall'ASL ed è rappresentato sinteticamente quanto emerso dalla visita ispettiva. Tale verbale è congiuntamente sottoscritto dall'ASL e dal legale rappresentante del soggetto o da un suo incaricato che potranno richiedere l'inserimento nel verbale di eventuali dichiarazioni. Una copia del verbale dovrà essere rilasciata alla persona presente incaricata dall'ente gestore al termine del sopralluogo. Il verbale non può essere modificato né integrato successivamente alla sua sottoscrizione. Eventuali atti conseguenti, a carattere prescrittivo o sanzionatorio, dovranno essere adottati con provvedimenti distinti dal verbale.
4. Le parti danno atto che l'esito dell'accertamento determina l'adozione dei provvedimenti previsti dalla linee guida regionali in materia di vigilanza sulle unità d'offerta socio-sanitarie, con gli eventuali conseguenti effetti nei confronti del presente contratto.

ART.4

Obblighi di carattere generale

1. L'ente gestore si impegna a:
 - a) rispettare tutti gli adempimenti previsti come requisiti per l'esercizio e l'accredimento delle unità d'offerta socio sanitarie indicati e richiamati nella DGR n. del (*inserire gli estremi dei provvedimenti regionali che disciplinano le regole della specifica unità d'offerta*);
 - b) concorrere al rispetto ed alla attuazione dei principi, delle indicazioni e degli adempimenti previsti nella l.r. 3/2008 a carico degli enti gestori.
2. In particolare, l'ente gestore si impegna a:

- a) rispettare i criteri di accesso prioritario alle prestazioni definiti a livello locale, in attesa delle disposizioni applicative, di cui all'art.6, comma 3°, della legge regionale 12 marzo 2008, n.3, stabilite dalla Regione;
- b) verificare che all'atto dell'accesso, gli assistiti abbiano le caratteristiche e manifestino le condizioni di bisogno previste per il tipo di unità d'offerta gestito;
- c) assicurare che la presa in carico delle persone assistite avvenga secondo criteri di appropriatezza e favorendo la continuità assistenziale, segnalando eventuali situazioni complesse all'ASL ed al Comune;
- d) informare le persone e le famiglie sulle prestazioni offerte, sulle condizioni per accedervi, sulla possibilità di accedere ad altre unità d'offerta accreditate in ragione dei bisogni personali di assistenza espressi e nei limiti delle informazioni ricavabili dal sistema informativo regionale, sulle modalità per esprimere il consenso informato, sulle rette praticate e sulle modalità per accedere a forme di integrazione economica o ad altri benefici;
- e) prendere in carico gli assistiti in maniera personalizzata e continuativa e coinvolgerlo nella formulazione dei relativi progetti di assistenza, nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Regione o dall'ASL;
- f) fornire agli assistiti una valutazione globale, scritta, del proprio stato di bisogno;
- g) informare il Comune di residenza degli assistiti dell'accesso alla unità d'offerta o, nei casi in cui l'accesso sia disposto d'urgenza, dell'accettazione del ricovero. In caso di presa in carico di cittadini non lombardi, con oneri a carico del Fondo Sanitario della Regione di origine, dovrà essere richiesto il preventivo assenso da parte del soggetto tenuto a farsi carico della relativa quota sanitaria;
- h) informare il competente ufficio dell'ASL sulle condizioni psico-fisiche degli assistiti qualora si rinvenga la necessità della nomina di un tutore o di un amministratore di sostegno;
- i) assicurare la presenza dei familiari o delle persone di fiducia da loro delegate e assicurare la costante informazione sulla condizione degli assistiti e sulla assistenza praticata nel rispetto delle norme in materia di tutela della privacy;
- j) assicurare l'accesso alla unità d'offerta dei ministri di culto, dei volontari e delle altre persone la cui presenza sia richiesta dagli utenti, nel rispetto dei protocolli vigenti nella unità d'offerta;
- k) informare l'assistito, il suo legale rappresentante e i suoi familiari, in modo chiaro e fin dal momento della richiesta di accesso, circa la possibilità di chiedere l'intervento del difensore civico, in tutti i casi in cui sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni nonché per ogni eventuale necessità, informarlo della possibilità di accedere all'Ufficio di Relazioni con il Pubblico e all'Ufficio di Pubblica Tutela dell'ASL competente;
- l) dotarsi della carta dei servizi che deve essere tenuta aggiornata e distribuita;
- m) dotarsi di sistemi di contabilità analitica, nei termini stabiliti dalla Regione, al fine di dimostrare il corretto rapporto tra risorse impiegate e prestazioni erogate e promuovere sistemi di controllo di gestione ed altri eventuali metodi di valutazione dei risultati, dandone informazione all'ASL;
- n) partecipare ad iniziative promosse dall'ASL o previste nei piani di zona, rivolte ad attuare l'integrazione tra la programmazione della rete di offerta sociale e la rete di offerta sociosanitaria e tese al miglioramento della qualità del servizio;

- o) dotarsi di un codice etico secondo quanto indicato nei provvedimenti regionali, dandone atto nella carta dei servizi, la cui violazione contestata per iscritto ed in assenza di giustificazioni ritenute valide, ad insindacabile e motivato giudizio dell'ASL, costituirà causa di risoluzione di diritto del presente contratto ai sensi dell'art. 1456 del codice civile;
- p) a garanzia di sinistri che possono derivare agli utenti, al personale o a terzi durante l'espletamento del servizio, si impegna a stipulare idoneo contratto assicurativo di responsabilità civile esonerando l'ASL da ogni responsabilità a riguardo;
- q) redigere e rilasciare, nei casi di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, la certificazione delle rette ai fini fiscali;
- r) non richiedere alcun corrispettivo per lo svolgimento di tutte le pratiche e procedure preliminari alla presa in carico dell'utente;
- s) collocare gli ospiti per i quali si ricevono tariffe a carico del F.S.R. su posti accreditati e messi a contratto, fatte salve eventuali deroghe stabilite dalla Regione.

ART. 5

Sistema tariffario e pagamenti

1. L'ASL è tenuta ad erogare all'ente gestore delle unità d'offerta, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste dalla Regione Lombardia, nei termini fissati dai successivi artt. 6 e 7.
2. L'ASL anticipa mensilmente acconti, pari all'85% di un dodicesimo del fatturato dell'anno precedente oppure, in caso di unità d'offerta nuova, del fatturato teorico comunque coerente con il piano di inserimento degli ospiti, e garantisce inoltre l'erogazione del saldo trimestrale spettante, entro i successivi 60 giorni dall'avvenuto ricevimento della fattura.
3. L'avvenuto pagamento del saldo non pregiudica il recupero di somme che, sulla base dei controlli effettuati nei confronti della unità d'offerta, risultassero non dovute o dovute solo in parte.
4. L'ente gestore 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 dal sistema informativo in vigore, secondo la modulistica regionale.
5. Ferma restando la possibilità di decurtare, recuperare o ridurre le somme previste a titolo di tariffa, sulla base di provvedimenti assunti dall'ASL al termine di accertamenti condotti sulla unità d'offerta, è fatta salva la facoltà della stessa ASL di sospendere l'erogazione parziale o totale dei pagamenti effettuati a qualsiasi titolo, in tutti i casi in cui siano in corso controlli per l'accertamento di gravi violazioni della normativa vigente, dei requisiti per l'esercizio e per l'accreditamento, delle clausole per presente contratto.
6. Per i posti letto di sollievo a contratto sono remunerate solo le giornate per le quali tali posti sono occupate da utenti.
7. Per i servizi residenziali e semi-residenziali dovrà essere pagata solo la giornata di accettazione e non quella di dimissione. Analogamente, per i periodi di assenza, dovrà essere pagata solo la

giornata di rientro e non quella di uscita. Non sarà quindi remunerata la giornata di dimissione, neanche in caso di decesso in struttura.

8. Per le Residenze sanitario assistenziali per anziani e disabili (RSA e RSD) non sono remunerate con oneri a carico del FSR le assenze per ricoveri ospedalieri.
9. L'eventuale remunerazione aggiuntiva di qualità, sarà riconosciuta secondo quanto previsto dalle disposizioni regionali.

ART. 6

Budget

1. Le presenti disposizioni si applicano relativamente all'erogazione di (*specificare la tipologia delle prestazioni*) per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia e non solo alla quota relativa ai consumi dei residenti nella ASL di ubicazione della unità d'offerta.
2. Per quanto riguarda le prestazioni erogate nei confronti di pazienti provenienti da altre regioni, verranno remunerate a produzione effettiva, secondo le tariffe vigenti in Lombardia. Le prestazioni relative ai pazienti provenienti da altre regioni non sono definite nel loro valore, in quanto la funzione di tutela dei cittadini spetta alle relative regioni ed ASL di residenza che provvedono a regolamentare l'accesso ai servizi nonché al pagamento della tariffa a carico del FSR. Le prestazioni a favore di cittadini non lombardi devono essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza e di reale necessità che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi. Le attività di controllo svolte dalle ASL sui propri erogatori riguardano anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia.
3. Alla unità d'offerta è destinato, per l'anno, il budget di risorse indicato nell'allegato 1, parte integrante del presente contratto.
4. L'eventuale modifica del budget di risorse, indicato nell'allegato 1, sarà concordata per iscritto tra la ASL e l'ente gestore, compatibilmente con il budget di ASL e sentita la Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.
5. Al raggiungimento della soglia di budget indicata nell'allegato 1, in assenza di previo accordo, non sarà riconosciuta la remunerazione delle prestazioni erogate a carico del bilancio della Regione Lombardia, fatte salve le prestazioni che saranno remunerate extra-budget in aderenza a quanto previsto dai provvedimenti regionali di cui al successivo art. 7.
6. Le parti concordano che il raggiungimento del valore negoziato sarà valutato applicando ai volumi delle prestazioni erogate nel corso del le tariffe definite con deliberazione della Giunta Regionale.
7. L'eventuale quota per la remunerazione aggiuntiva della qualità, in ottemperanza alle disposizioni regionali, dovrà essere parimenti indicata in un allegato del contratto.
8. In nessun caso l'esaurimento del budget può motivare l'incremento delle rette a carico dell'utenza.

ART. 7

Prestazioni extra budget.

(da compilare per le unità d'offerta che accolgono anche utenza non tipica)

1. Con riguardo all'utenza non tipica (Stati Vegetativi, SLA, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici della dgr 5000/2007) sarà remunerata extra-budget la differenza tra la tariffa di tale utenza e quella relativa all'utenza tipica dell'unità d'offerta di cui al presente contratto con maggiore livello di fragilità.
2. Per ogni presa in carico di utenza non tipica, il gestore dovrà preventivamente informare i competenti uffici dell'ASL.

ART. 8

Modalità di registrazione e codifica delle prestazioni

1. L'ente gestore si impegna a compilare, conservare e trasmettere la documentazione sociosanitaria relativa alla unità d'offerta prevista dai requisiti di accreditamento, nel rispetto delle indicazioni regionali e della normativa in materia di tutela della privacy.
2. Il debito informativo analitico costituisce lo strumento fondamentale per le rendicontazioni economiche. Non si procederà pertanto alla remunerazione di quelle prestazioni il cui debito informativo analitico non è stato correttamente assolto.
3. L'ASL, nell'ambito dell'attività di vigilanza, compie i controlli sulla appropriatezza delle prestazioni e l'aderenza delle caratteristiche degli assistiti a quanto riportato nella documentazione relativa ai fascicoli sociale e sanitario, in conformità alle disposizioni vigenti.
4. I controlli previsti dal presente articolo sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con la persona incaricata dall'ente gestore, con l'eventuale assistenza dei membri dell'equipe sociosanitaria responsabile della tenuta della documentazione.
5. L'ente gestore si impegna ad adempiere al debito informativo nei confronti dell'ASL e della Regione Lombardia, che costituisce condizione per l'accesso alle risorse regionali, nei termini e secondo le modalità stabiliti dalla Regione e dall'ASL.

ART. 9

Sistema aziendale per il miglioramento della qualità

1. Le parti identificano il miglioramento della qualità, quale obiettivo primario, da perseguire secondo criteri di piena collaborazione. L'ente gestore si impegna a sviluppare un sistema aziendale di miglioramento della qualità, ivi compreso quello relativo alla gestione integrata del rischio (risk management), in coerenza con la normativa vigente, secondo le direttive definite dalla Regione Lombardia ed in relazione alla programmazione territoriale. Tale miglioramento deve essere finalizzato ad una progressiva personalizzazione dell'assistenza e sviluppo dei livelli di corresponsabilità nel controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate.

ART. 10

Eventi modificativi dell'ente gestore

1. L'ente gestore si impegna al rispetto delle linee guida regionali in materia di esercizio, accreditamento e vigilanza sociosanitaria, dando atto di conoscerne il contenuto, ed in particolare che:

- a) l'accreditamento, alla pari dell'abilitazione all'esercizio, non è cedibile a terzi, in mancanza di un atto regionale che ne autorizzi il trasferimento;
 - b) i requisiti per l'abilitazione all'esercizio e per l'accreditamento sono condizioni indispensabili affinché il presente contratto produca effetti tra le parti;
 - c) la perdita di un requisito soggettivo od oggettivo – strutturale, gestionale, tecnologico ed organizzativo – previamente accertato dall'ASL, determina la revoca del provvedimento di accreditamento, che è disposta con delibera della Giunta Regionale e la risoluzione di diritto del contratto. Nel corso del procedimento per la revoca dell'accreditamento, il contratto è sospeso. Con riguardo a specifiche fattispecie, l'ASL, ove rinvenga la possibilità di un ripristino delle condizioni che danno origine al rapporto di accreditamento, può prescrivere un termine per la regolarizzazione della situazione, disponendo comunque la sospensione o la decurtazione dei pagamenti delle prestazioni rese nel periodo in questione;
 - d) con la sola eccezione della modificazione della persona del legale rappresentante o dell'amministratore dell'ente gestore e della trasformazione di una società (es. da società di capitali a società di persona o viceversa), ogni evento che dovesse comportare lo scioglimento, la fusione o il cambio dell'ente gestore comporta la necessità di stipulare un nuovo contratto di accreditamento e quindi la decadenza del presente contratto;
 - e) l'affidamento a terzi della gestione dell'unità d'offerta determina l'obbligo della volturazione della DIA e dell'accreditamento ed un nuovo contratto di accreditamento e, quindi, comporta la decadenza del presente contratto;
 - f) la cessione di crediti derivanti dal presente contratto è soggetta alla disciplina vigente in materia di contratti pubblici.
2. Tutti i contratti e gli atti tra privati che hanno ad oggetto trasferimenti di unità d'offerta o, comunque, il subentro di un altro gestore nella titolarità e/o nella gestione dell'unità d'offerta, quali, a titolo esemplificativo, cessione o affitto dell'unità d'offerta, scorporo, scissione o fusione per incorporazione o mediante costituzione di altro soggetto, ad eccezione della sole modificazioni della persona del legale rappresentante dell'ente gestore o della trasformazione di società, non possono essere stipulati se l'Ente gestore e/o la controparte degli atti predetti non abbiano preventivamente richiesto, almeno 60 giorni prima della stipula degli atti predetti, all'ASL di competenza e alla Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia, il trasferimento dell'abilitazione all'esercizio e dell'accreditamento.
 3. La stipula dei contratti e degli atti sopra indicati in assenza della richiesta preventiva di volturazione o comunque prima del decorso del termine di 60 giorni dalla richiesta stessa costituisce grave inadempimento che comporta a carico dell'ente gestore il pagamento di una penale di importo pari ad Euro _____, salvo il risarcimento del maggior danno, con diritto della ASL di compensare i crediti derivanti dall'applicazione delle penali con le somme eventualmente dovute all'Ente gestore in virtù del contratto.
 4. In presenza dell'inadempimento sopra indicato, il presente contratto potrà essere risolto di diritto, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1456 cod. civ., e potrà essere disposta la revoca dell'accreditamento.

5. Nel caso in cui la volturazione venga negata, l'ente gestore non potrà perfezionare gli atti sopra indicati e l'eventuale stipula degli atti predetti costituirà grave inadempimento del presente contratto al quale si applicheranno le conseguenze previste ai precedenti commi 2 e 3.
6. Nel caso in cui, decorsi i 60 giorni dalla richiesta, la volturazione non sia stata concessa ma neanche negata salvi i caso in cui il termine sia stato interrotto dalla richiesta di chiarimenti o di integrazioni della documentazione prodotta, l'ente gestore potrà perfezionare gli atti sopra indicati senza che la stipula degli stessi costituisca inadempimento al presente contratto; tuttavia tali atti resteranno comunque inefficaci ai fini del rapporto con la ASL fino a quando non venga autorizzato il trasferimento dell'abilitazione all'esercizio e dell'accreditamento, secondo le modalità previste nella Delibera Giunta Regionale 26 novembre 2008, n. 8/8496 e successive integrazioni e modificazioni.
7. E' vietata la cessione del contratto senza il consenso dell'ASL. L'eventuale cessione del contratto in violazione del presente divieto darà diritto alla ASL di risolvere il contratto medesimo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 cod. civ.; con immediata sospensione dei pagamenti, nonché di richiedere il pagamento di una penale pari ad Euro _____, salvo il risarcimento del maggior danno e di compensare i crediti derivanti dall'applicazione delle penali con le somme eventualmente dovute all'Ente gestore in virtù del contratto.
8. Fermo quanto previsto ai commi precedenti, l'ente gestore prende atto che in tutti i casi di subentro di un nuovo soggetto nella titolarità o nella gestione dell'unità di offerta, il gestore subentrante dovrà stipulare un nuovo contratto.
9. Tuttavia, il provvedimento di accreditamento e il presente contratto resteranno efficaci sino al giorno in cui l'accreditamento sarà volturato a favore del soggetto subentrante e l'ASL avrà sottoscritto con quest'ultimo un nuovo contratto.
10. L'ente gestore, pertanto, si obbliga, a proseguire la gestione dell'unità di offerta agli stessi patti e condizioni previsti nel provvedimento di accreditamento e nel presente contratto fino a quanto l'accreditamento non sarà volturato a favore del nuovo gestore e l'ASL non avrà sottoscritto con lo stesso un nuovo contratto.

ART. 11

(riferito esclusivamente alle unità di offerta realizzate con finanziamenti pubblici, statali o regionali)

ipotesi di unità d'offerta di proprietà del soggetto accreditato

1. Il soggetto accreditato (gestore dell'unità d'offerta) si impegna, sino alla scadenza del presente contratto, e comunque entro i termini fissati dal finanziamento se precedente, a non alienare a terzi la proprietà e i diritti reali sull'immobile relativo alla unità d'offerta accreditata e che ha costituito oggetto di finanziamento pubblico. Il soggetto accreditato si impegna, inoltre, a non modificare la destinazione d'uso del medesimo bene finanziato. Le parti convengono che l'alienazione della proprietà o di diritti reali sul bene finanziato o la modifica della destinazione d'uso del bene medesimo comporta la risoluzione di diritto del contratto di accreditamento, ai sensi dell'art. 1456 c.c. salvo le eccezioni previste dalla Linee guida.

ipotesi di unità d'offerta di proprietà di soggetto diverso dal soggetto accreditato

1. Le parti convengono che l'alienazione a terzi della proprietà o di diritti reali sul bene immobile relativo alla unità d'offerta accreditata ovvero la modifica della sua destinazione d'uso, che dovesse intervenire nel corso dell'esecuzione del presente contratto, per fatti anche non imputabili al soggetto accreditato, comporta la risoluzione di diritto del contratto medesimo, ai sensi dell'art.1456 c.c.

ART. 12

Controversie

1. Per ogni controversia che dovesse insorgere sulla interpretazione e sulla applicazione del presente contratto è competente il Foro di

ART. 13

Durata

1. Il presente contratto ha validità, con decorrenza dalla data di stipulazione. Novanta giorni prima della scadenza, ricorrendone i presupposti, in relazione alla permanenza dei requisiti ed agli obiettivi della programmazione sociosanitaria regionale e locale, le parti si impegnano a negoziare i contenuti del nuovo contratto.
2. In caso di cessazione dell'attività, corre l'obbligo per il gestore di darne preventiva comunicazione all'ASL con preavviso di almeno 90 giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo.

ART. 14

Clausola penale

1. Le parti convengono che, in caso di inadempimento da parte del gestore delle obbligazioni di cui all'art. 4 del presente contratto, che non costituisca causa di risoluzione, previa diffida ad adempiere entro un congruo termine, la parte inadempiente è tenuta a pagare all'ASL a titolo di penale la somma di euro 3.000 (tremila).

ART. 15

Allegati

1. Il contratto è redatto in triplice copia, di cui una da trasmettere alla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia a cura dell'ASL.
2. L'allegato 1 (o gli allegati) relativo (o relativi) al..... (budget annuale o al premio qualità) costituisce parte integrante del presente contratto.

Art. 16

Recepimento di disposizioni regionali e accordi applicativi

1. Le parti danno atto che il presente contratto si intende automaticamente modificato o integrato per effetto di sopravvenute disposizioni regionali il cui contenuto comunque deve essere formalmente reso noto dall'ASL all'ente gestore, con indicazione dei termini relativi alle diverse obbligazioni.
2. In tutti i casi in cui si rinvenga la necessità di apportare modifiche o integrazioni al presente contratto, per mezzo di clausole integrative, queste dovranno preventivamente essere sottoposte all'autorizzazione della Regione.

ART. 17

Norma di rinvio

1. Per ogni aspetto non disciplinato dal presente contratto si fa rinvio al codice civile e alla disciplina normativa di settore.

Letto, confermato e sottoscritto.

Data e luogo.

IL DIRETTORE GENERALE ASL

IL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ENTE
GESTORE

APPENDICE

Remunerazione delle prestazioni. Regole ed adempimenti specifici ad integrazione dei corrispondenti articoli del contratto tipo.

Lo schema tipo di contratto andrà integrato mediante l'inserimento di clausole specifiche dedicate a singole tipologie di unità d'offerta.

“Oggetto”

“Il Centro è aperto n. X giorni alla settimana, dal... al..., ed osserva il seguente orario di funzionamento: (descrizione). E’ prevista/non è prevista una chiusura per le vacanze, di n. X settimane nell’anno”. (a valere per C.D.D. e C.D.I)

“Obblighi di carattere generale”

“Il gestore provvede alla cancellazione degli ospiti dagli elenchi dei rispettivi medici di medicina generale a partire dal giorno dell’ingresso o comunque dalla data di sottoscrizione del contratto se successivo ed alla adozione del codice relativo”. (a valere per le R.S.A. – R.S.D. ivi compresi i disabili ex DGR n. 5000/2007)

“Sistema tariffario e pagamenti”

“Le assenze temporanee di tutti gli ospiti delle residenze, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze ecc., possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 15 gg., a condizione che venga garantito all’ospite il mantenimento dello stesso posto letto che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza”. (a valere per R.S.A. – R.S.D., disabili ex DGR n. 5000/2007 e Comunità per Tossicodipendenti)

“Le assenze temporanee degli ospiti dei CDD dovute a malattie, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 10 gg consecutivi” ;

(a valere per C.D.D. ivi compresi i disabili ex DGR n. 5000/2007)

“Le assenze per ricoveri ospedalieri degli ospiti dei CDI, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 15 giorni consecutivi”.

(a valere per C.D.I. ivi compresi i disabili ex DGR n. 5000/2007)

“Possono essere retribuite prestazioni erogate con la modalità del soggiorno climatico, indipendentemente dal periodo nel quale viene svolto, a condizione che:

- *il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita,*
- *sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall’accreditamento,*
- *non venga superato il budget annuale” (a valere per C.D.D. e C.D.I. ivi compresi i disabili ex DGR n. 5000/2007)*

“Per i minori disabili, per i quali il programma personalizzato preveda un raccordo con la scuola, dove sono inseriti, e si renda necessario un intervento degli educatori del centro presso la scuola

stessa, è possibile rendicontare la frequenza scolastica ai fini delle presenze e provvedere alla conseguente remunerazione.” (a valere per C.D.D.)

“Con riferimento alle prestazioni rese da Centri Diurni Integrati per anziani (CDI), a partire dal 1° gennaio 2012 la remunerazione corrisposta viene legata alla frequenza effettiva degli utenti anziché agli orari di apertura delle strutture. Nelle more dell’applicazione di un sistema di remunerazione legato alla classificazione degli utenti, viene adottata la seguente modalità di remunerazione: l’attuale tariffa giornaliera pro capite di euro 29,60, prevista per i CDI funzionanti per almeno 8 ore al giorno, dovrà essere utilizzata per remunerare le prestazioni erogate ad utenti che frequentano i CDI almeno per 8 ore al giorno.

Per gli utenti frequentanti il CDI part-time la tariffa giornaliera è abbattuta del 50% (euro 14,80).” (a valere per C.D.I.)

“Non saranno pagate prestazioni nei confronti di persone contemporaneamente assistite da altro servizio socio sanitario a meno che non sia certificata l’impossibilità da parte di tale servizio di erogare la prestazione in quanto non riconducibile ad una riabilitazione di mantenimento che la struttura deve garantire, a condizione che vi sia un piano riabilitativo sottoscritto dalla struttura riabilitativa con l’altra struttura socio sanitaria”. (a valere per Strutture di riabilitazione per persone già utenti di R.S.A., R.S.D. C.D.D., C.D.I.)

“È possibile utilizzare i posti letto a maggiore intensità riabilitativa per accogliere persone che necessitano di prestazioni di minore complessità, fermo restando che le tariffe riconoscibili sono quelle delle prestazioni effettivamente erogate.”

“Nei budget devono essere distinte le quote assegnate per le prestazioni in regime di ricovero (ordinario e day hospital) e quelle assegnate per le altre prestazioni in regime diurno (diurno continuo, ambulatoriale, domiciliare).”

“Per i soggetti che erogano sia prestazioni in regime di ricovero che in regime diurno, fermo restando il budget complessivamente assegnato contrattualmente dall’ASL è possibile richiedere lo spostamento di quote di budget da regime residenziale a regime diurno, e viceversa. La quota trasferita dovrà essere autorizzata dall’ASL territorialmente competente, sentita la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, e non può costituire elemento di consolidamento delle risorse assegnate per gli anni successivi”.

“Lo spostamento di risorse dal regime diurno a quello residenziale non può superare il limite del 14% dell’entità economica corrispondente al volume massimo delle prestazioni diurne accreditate e, comunque, non oltre i tetti massimi accreditati per le prestazioni residenziali.”

Lo spostamento di risorse dal regime residenziale a quello diurno non può superare il limite del 4% dell’entità economica corrispondente al volume massimo delle prestazioni residenziali accreditate e, comunque, non oltre il 20% dei tetti massimi accreditati per le prestazioni diurne;

“Per quanto riguarda le visite di presa in carico (prima visita/visita generale), nel corso del 2012 è sempre prevista la remunerazione della prima visita, sia nel caso in cui non ne scaturisca alcuna presa in carico riabilitativa, sia qualora ne esiti una presa in carico anche in altro regime o presso altra struttura.”

“Come stabilito dalla d.g.r. n. 10804/2009, le prestazioni ambulatoriali cosiddette “indirette” (colloquio con i familiari, riunioni con operatori di altri enti, stesura di relazioni), potranno essere remunerato, nell’ambito del budget assegnato, fino ad un massimo del 20% di quanto rendicontato per tutte le prestazioni ambulatoriali. All’interno di questo tetto di budget, vanno inclusi gli oneri a carico del FSR per la remunerazione delle visite di presa in carico.”

“Con riguardo alle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare, potrà essere erogato e remunerato un numero massimo di prestazioni fino ad un massimo del 130% dell’accreditato/contrattualizzato, riferito alla singola tipologia, purché venga garantito il rispetto dei requisiti di accreditamento per queste prestazioni aggiuntive e compatibilmente con il budget assegnato.”

“Con riferimento alla durata della seduta per riabilitazione ambulatoriale, nell’area generale e geriatrica, per pazienti in età evolutiva (con età inferiore ai 18 anni), si riconferma quanto riportato nella dgr 4438/2007 che ha stabilito in 45 minuti la durata convenzionale di una singola seduta, con la possibilità di un massimo di 2 sedute (trattamenti) per giornata a prescindere dalla tipologia di prestazione ricevuta.”

“Con riguardo invece ai trattamenti ambulatoriali in area generale e geriatrica rivolti a pazienti adulti, potrà essere erogato e rendicontato solamente un trattamento per giornata.”

“Si chiarisce che la tariffazione definita nei provvedimenti regionali, con riguardo alle prestazioni ambulatoriali nell’area generale e geriatrica, è riferita ad una seduta per cui possono essere previste più prestazioni. Al fine del conteggio delle sedute/trattamenti erogati, una seduta di gruppo viene considerata una sola prestazione a prescindere dal numero di partecipanti al gruppo (da un minimo di tre ad un massimo di cinque persone).”

“Per quanto riguarda le prestazioni erogabili e rendicontabili nei regimi residenziale, semiresidenziale e diurno continuo, non potranno in alcun modo essere valicati i tetti di accreditamento.”

“A decorrere dal 1° gennaio 2012 verranno remunerato le prestazioni di riabilitazione in regime Diurno Continuo effettivamente rese, venendo meno l’obbligo del pagamento dell’intero ciclo qualora sia stato effettuato nella misura dell’80%.”

“In caso di ricovero di paziente minore:

- per il genitore accompagnatore è previsto il posto letto e questo, in analogia con quanto già previsto per ricovero ospedaliero di paziente minore disabile con genitore accompagnatore, è remunerato ai sensi della DGR n. 29480/1997 per l’accompagnatore, riconfermata con DGR n. 35597/1998”*

- *gli eventuali rientri in famiglia devono essere previsti dal Piano e dal Programma Riabilitativo Individuale, concordati con la famiglia e, se necessario, sostenuti con la messa a disposizione di un operatore da parte del gestore della struttura”.*
(a valere per le Strutture di riabilitazione)

Per le unità d’offerta per cui è previsto il pagamento del ticket

I budget 2012 sia a livello di ASL che quelli assegnati alle singole unità d’offerta comprenderanno le entrate derivanti dall’incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla Legge n. 111 del 15 luglio 2011 e definite con provvedimenti regionali.

Per le unità d’offerta dell’area dipendenze

A partire dal 1° gennaio 2012 è compresa all’interno sia del budget di ciascuna ASL, sia del budget di ciascuna struttura accreditata e a contratto dell’area dipendenze la remunerazione di prestazioni rese a favore di persone agli arresti domiciliari o affidati in prova in comunità terapeutiche.