

**CONTRATTO DI SERVIZIO PER LA REGOLAMENTAZIONE DI RAPPORTI RELATIVI AL SERVIZIO ACCREDITATO DEFINITIVAMENTE AI SENSI DELLA DGR 514/2009 E SS.MM.II. DI CASA RESIDENZA PER ANZIANI “PARCO DELLA GRAZIOSA” DI CASTELFRANCO EMILIA SITA IN VIA MADRE TERESA DI CALCUTTA N. 1/a 1/b.**

con la presente scrittura privata da valersi per ogni conseguente effetto di legge

**TRA**

**la committenza come di seguito rappresentata,**

**COMUNE DI CASTELFRANCO EMILIA c.f. e P.IVA: 00172960361 quale soggetto che intende utilizzare il servizio oggetto di accreditamento, in persona della Dr.ssa Elena ZINI nata a Modena il 26/07/1971 domiciliata per la sua carica presso la sede comunale di P.zza della Vittoria 8, la quale interviene nel presente atto quale Responsabile dei Servizi sociali, socio-sanitari e per l'integrazione del Settore Servizi al cittadino del Comune di Castelfranco Emilia e dunque in nome, per conto e nell'interesse del Comune di Castelfranco Emilia;**

**COMUNE DI SAN CESARIO SUL PANARO c.f. e P.IVA 00311560361 quale soggetto che intende utilizzare il servizio oggetto di accreditamento in persona della Sig.ra Anna Maria Quattrini nata a Carpi il 22/04/1955 domiciliata per la sua carica presso la sede comunale di San Cesario sul Panaro P.zza Roma 2, la quale interviene nel presente atto in qualità di Responsabile del Settore Servizi alla Persona e dunque in nome, per conto e nell'interesse del Comune di San Cesario sul Panaro;**

**UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA P.IVA 02716680364 quale soggetto che intende utilizzare il servizio oggetto di accreditamento in persona della Dott.ssa Claudia Bastai nata a Modena il 13/10/1966 domiciliata per la sua carica presso la sede comunale di Bomporto via per Modena 7, la quale interviene nel presente atto in qualità di Responsabile Settore Unico politiche sociali e socio-sanitarie dell'Unione del Sorbara e dunque in nome, per conto e nell'interesse dell'Unione del Sorbara;**

**L'Az. USL DI MODENA – DISTRETTO DI CASTELFRANCO EMILIA c.f. e P.IVA 02241850367 quale soggetto competente per le prestazioni in ambito sanitario e quale soggetto individuato in ambito distrettuale per la gestione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza in persona della Dr.ssa Antonella Dallari nata a Bologna il 14/04/1958 domiciliata per la sua carica presso Distretto n. 7 di Castelfranco Emilia Piazzale Grazia Deledda, la quale interviene nel presente atto in qualità di Direttore del Distretto n. 7 e dunque in nome, per conto e nell'interesse di Azienda USL Distretto n. 7,**

**E**

**il soggetto gestore rappresentato da,**

**Consorzio Cooperativo KEDOS Società Cooperativa C.F. e P.I. 03131021200** *in persona della Sig.ra Franca Guglielmetti nata a Bologna il 12/01/1957 domiciliata per la sua carica presso la sede di Bologna, via Boldrini n. 8, la quale interviene nel presente atto in qualità di Presidente e Legale Rappresentante e dunque in nome, per conto e nell'interesse di Consorzio Cooperativo KEDOS Società Cooperativa;*

## **PREMESSE**

Richiamati:

- la Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- l'Art. 38 della Legge Regionale 12 marzo 2003 n. 2 “ Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- la Deliberazione di Giunta Regionale 29 maggio 2007, n. 772, “Approvazione dei criteri, delle linee guida e dell'elenco dei servizi per l'attivazione del processo di accreditamento in ambito sociale e sociosanitario. Primo provvedimento attuativo dell'art. 38 della LR 2/2003 e s.m.i ;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 30 luglio 2007 n. 1206 “Fondo Regionale Non Autosufficienza. Indirizzi attuativi della Deliberazione G.R. 509/2007” e s.m.i.;
- la circolare della Regione Emilia-Romagna, 25 giugno 2007, n. 7 “Omogeneizzazione delle prestazioni sanitarie nella rete dei servizi per anziani non autosufficienti” e la nota prot. 128866 del 12/5/2010;
- la Deliberazione della Giunta Regionale, 20 aprile 2009, n. 514, “Primo provvedimento della Giunta Regionale attuativo dell'art. 23 della LR 4/2008 in materia di accreditamento dei servizi socio sanitari” e ss.mm.ii.;
- la Deliberazione di Giunta Regionale, 21 dicembre 2009, n. 2109, “Approvazione della composizione e delle modalità di funzionamento dell'organismo tecnico di ambito provinciale competente per la verifica dei requisiti per l'accredimento, ai sensi dell'art. 38 della LR 2/2003. Attuazione DRG 514/2009;
- la Deliberazione della Giunta Regionale, 21 dicembre 2009, n. 2110 “Approvazione del sistema omogeneo di tariffa per i servizi sociosanitari per anziani valevole per l'accredimento transitorio” e ss.mm.ii.;
- la Deliberazione di Giunta Regionale, 28 marzo 2011, n. 390 “Accreditamento dei servizi sociosanitari: attuazione dell'art. 23 della L.R. 4/08 e s.m.i. e modifiche ed integrazioni delle DGR 514/09 e DGR 2110/09”;
- la deliberazione di Giunta Regionale, 10 dicembre 2012, n. 1899 “Modifica DGR 514/2009: Primo provvedimento della Giunta Regionale attuativo dell'art. 23 della LR 4/2008 in materia di accreditamento dei servizi socio sanitari”;
- la Deliberazione di Giunta Regionale, 9 dicembre 2013 n. 1828 “Seconda modifica DGR 514/2009: Primo provvedimento della Giunta Regionale attuativo dell'art. 23 della LR 4/2008 in materia di accreditamento dei servizi socio sanitari”;
- la Deliberazione di Giunta Regionale, 10 marzo 2014, n. 292, “Adeguamento remunerazione servizi sociosanitari accreditati”;

- la Deliberazione della Giunta Regionale, 28 aprile 2014, n. 557 “Modifica alla DGR 840/08 in merito alle modalità di finanziamento delle residenze per le persone con gravissima disabilità (DGR 2068/2004)”;
- la Deliberazione di Giunta Regionale, 7 luglio 2014, n. 1018, “Modifica DGR 2109/2009 “Composizione e modalità di funzionamento dell’OTAP”;
- la Deliberazione di Giunta Regionale, 11 novembre 2014, n.1800 “Rinvio determinazione sistema remunerazione servizi sociosanitari accreditati: atti conseguenti”;
- la Determinazione della Direzione generale sanità e politiche sociali Regione, 6 agosto 2014, n. 10904 “Accreditamento definitivo dei servizi socio-sanitari: linee tecniche di indirizzo delle attività di verifica in attuazione della DGR 1018/2014”;
- la Deliberazione di Giunta Regionale, 15 giugno 2015, n. 715 “Accreditamento sociosanitario: modificazioni e integrazioni”;
- la Deliberazione di Giunta Regionale, 29 febbraio 2016, n. 273 “Approvazione sistema di remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati provvisoriamente e/o definitivamente”.

Premesso altresì che:

- il servizio di Casa Residenza per Anziani è individuato tra i servizi sociosanitari il cui esercizio è subordinato alla disciplina ed alla concessione dell’accreditamento;

**Verificata ed attestata** la permanenza della coerenza con il fabbisogno indicato nella programmazione territoriale contenuta nel Piano di Zona per la salute e il benessere sociale e nel Piano Attuativo in vigore;

Visti:

- la domanda di accreditamento definitivo e la documentazione presentate da Consorzio Cooperativo KEDOS, soggetto gestore del servizio oggetto del presente contratto;
- il provvedimento di concessione dell’accreditamento definitivo rilasciato a Consorzio Cooperativo KEDOS per il servizio di **Casa Residenza per Anziani “Parco della Graziosa”** per n° 20 posti, determinazione del Responsabile Settore Servizi Sociali e Sanità del Comune di Castelfranco Emilia n. 976 del 19/12/2014 per il periodo 1 gennaio 2015 – 31 dicembre 2017;
- il provvedimento di conferma dell’accreditamento definitivo per il medesimo servizio e alle medesime condizioni, determinazione del Responsabile dei Servizi Sociali, socio sanitari e per l’integrazione del Settore Servizi al Cittadino del Comune di Castelfranco Emilia n. 1092 del 18/12/2015;

Preso atto che il presente contratto si colloca nell’ambito di un contesto finanziario che è globalmente vincolato, per i soggetti contraenti, dall’assegnazione regionale indistinta e dai parametri assistenziali previsti dalle disposizioni regionali vigenti, contesto che deve essere annualmente rideterminato attraverso accordi tra le parti volti a garantire il non superamento dei livelli di spesa programmati nonché la tendenziale perequazione dei livelli assistenziali in ambito provinciale

## SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

### ART. 1 PREMESSE, ELEZIONE DELLE SEDI E INDIVIDUAZIONE DEI REFERENTI OPERATIVI

Le premesse al presente contratto ne costituiscono parte integrante e sostanziale.

Le parti, per le comunicazioni relative al presente contratto, eleggono il loro domicilio presso le rispettive sedi legali, ed individuano i seguenti referenti operativi:

per la committenza

Referente operativo: Silvia Campana, Comune di Castelfranco Emilia

per il soggetto gestore

Referente operativo: Daniele Parmeggiani, Responsabile di Area

### ART. 2 OGGETTO DEL CONTRATTO DI SERVIZIO

Il presente contratto regola i rapporti tra i contraenti in relazione alla gestione del servizio di **Casa Residenza per Anziani “Parco della Graziosa”** per complessivi n. 20 posti accreditati (autorizzati al funzionamento ai sensi della DRG 564/2000) avente sede a Castelfranco Emilia, via Madre Teresa di Calcutta n. 1/a 1/b, nell’ambito della concessione dell’accreditamento definitivo.

Si precisa che nel corso della vigenza contrattuale, con riferimento alla programmazione distrettuale, potranno essere apportate modificazioni, in riduzione o in aumento, al numero di posti di Casa Residenza accreditati, all’interno del complessivo numero dei posti autorizzati.

Il contratto include altresì gli obblighi che il gestore ha assunto all'atto del rilascio dell'accreditamento e in particolare:

- l'accettazione di modalità/percorsi di verifica in ordine al mantenimento dei requisiti, secondo quanto stabilito nella regolamentazione regionale e locale, nonché di valutazioni periodiche sui servizi erogati e sul loro modello gestionale secondo quanto stabilito al successivo Art. 18;
- l'accettazione di tariffe predeterminate così come individuate al successivo Art. 11;
- l'accettazione dei principi e dei criteri che informano il sistema locale dei servizi a rete, così come precisato dalla LR 2/2003, garantendo il raccordo metodologico ed operativo con gli Enti firmatari del presente contratto;
- l'accettazione del sistema per la contribuzione degli ospiti governato dall’ambito distrettuale;
- l'accettazione del debito informativo nei confronti della committenza;
- l'utilizzo di un sistema di informatizzazione della struttura residenziale sul modello fino ad oggi in opera denominato “programma ABC – Albero di cuore” comprensivo della compilazione dei moduli contenenti la gestione anagrafica (oggi denominata: GSA 1), le

consegne sociosanitarie riferite al singolo anziano (oggi denominato: GSA 3), la gestione giornaliera attività assistenziali (oggi denominata: PALCO), gli strumenti di comunicazione per le diverse figure professionali (oggi denominati: CO.CO.DE.), gli strumenti di valutazione dei bisogni (oggi denominato: INDEX), il PAI (oggi denominato: HOLMES).

Di tale sistema, il soggetto gestore si assume i costi di utilizzo e manutenzione.

Gli atti e i documenti allegati al contratto ne costituiscono parte integrante e sostanziale.

### **ART. 3 DURATA**

Il presente contratto ha durata a far data dal 01/11/2016 e fino al 31/12/2017 fatte salve diverse disposizioni della Regione Emilia Romagna in merito alla durata dei contratti di servizio relativi all'accREDITAMENTO definitivo. Il contratto potrà essere prorogato fino al 31/12/2020, in caso di rinnovo del provvedimento di accREDITAMENTO definitivo, fatta salva la verifica della permanenza del possesso dei requisiti che hanno determinato il rilascio dell'accREDITAMENTO definitivo.

Alla scadenza del presente contratto si valuteranno le condizioni per il proseguimento del percorso di accREDITAMENTO ai sensi della normativa regionale e della programmazione distrettuale.

### **ART. 4 UTENTI DEL SERVIZIO**

Sono beneficiari del servizio oggetto di accREDITAMENTO i cittadini residenti nel territorio del Distretto n. 7.

La Casa Residenza per anziani è un servizio socio-sanitario residenziale destinato ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere. La Casa Residenza fornisce ospitalità ed assistenza, offre occasioni di vita comunitaria e disponibilità di servizi per l'aiuto nelle attività quotidiane, offre stimoli e possibilità di attività occupazionali e ricreativo-culturali, di mantenimento e riattivazione. Garantisce assistenza medica, infermieristica e trattamenti riabilitativi per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute e di benessere della persona anziana ospitata.

È fatta salva la possibilità di realizzare inserimenti individuali di persone con gravissima disabilità acquisita ai sensi della DGR 2068/2004 e ss.mm.i. In tal caso il soggetto gestore deve assicurare una gestione integrata degli inserimenti individuali garantendo, in aggiunta ai requisiti generali e specifici previsti per la Casa Residenza per Anziani, i requisiti di personale, organizzativi/funzionali e strutturali riportati nell'allegato DD alla DGR 514/2009 e ss.mm.i.

Le parti confermano la propria disponibilità ad attivare momenti di confronto per la definizione condivisa di criteri e modalità d'inserimento di persone con gravissima disabilità acquisita ai sensi della DGR 2068/2004 e ss.mm.ii.

### **ART. 5 AMMISSIONE DEGLI UTENTI**

L'ammissione al servizio oggetto del contratto viene effettuata dai competenti servizi sociali e sanitari, ai sensi dell'Art. 7 della L.R. 2/2003. I servizi invianti definiranno inoltre le modalità di

utilizzo del servizio in termini anche di temporalità, impegnandosi alla massima tempestività nell'inserimento di nuovi utenti.

Tale aspetto sarà oggetto di verifica periodica tra la committenza e il soggetto gestore, in ottemperanza a quanto previsto dall'allegato n. 2 alla DGR 292/2014 e secondo le modalità previste al successivo Art. 5.1.

I soggetti committenti pubblici, al momento della presentazione della domanda, assicurano di norma entro 20 giorni dall'ingresso in struttura, per coloro che chiedono l'integrazione della retta, la valutazione dei mezzi e delle condizioni economico-finanziarie degli utenti.

Per tutti gli ingressi sono definite, di norma entro 20 giorni dall'accesso al servizio, gli impegni e i rapporti economici con gli utenti stessi e/o i loro familiari e la definizione dell'eventuale contributo da parte del Comune di residenza nel pagamento della retta.

Il soggetto gestore si obbliga a predisporre il PAI per ciascun utente in accordo e in continuità con il Progetto di vita e di cura predisposto dai servizi invianti.

La documentazione per l'ammissione comprenderà la valutazione multidimensionale anche mediante compilazione della BINA Home. Se, per motivi di urgenza, non fosse possibile effettuare tali valutazioni, l'Unità di Valutazione Multidimensionale competente per il rilascio della certificazione dovrà procedere di norma entro 20 giorni dall'ammissione. Il gestore si impegna inoltre a compilare la BINA Far nei primi 15 gg. dall'ingresso dell'utente in struttura.

In caso di ammissione al servizio di persone in condizione di gravissima disabilità acquisita ai sensi della DGR 2068/2004 e ss.mm.ii. i competenti servizi sociali e sanitari dovranno valutare con precisione:

- le caratteristiche dei soggetti che possono essere inseriti in tali strutture, in considerazione della complessità dei bisogni e di conseguenza dell'assetto organizzativo necessario per garantire un'adeguata ospitalità;
- gli elementi strutturali e organizzativi minimi indispensabili per garantire un adeguato inserimento.

Al fine di assicurare l'utilizzo ottimale dei servizi i committenti potranno programmare azioni tese a garantire lo sviluppo dell'accoglienza temporanea e/o di sollievo anche in relazione alle assenze programmate e programmabili, prendendo a riferimento oltre al posto letto anche il numero delle giornate di accoglienza.

## **5.1 CRITERI PER LA GESTIONE DEGLI ACCESSI E IMPEGNI RECIPROCI PER IL MONITORAGGIO DELL'EFFETTIVO UTILIZZO DEI POSTI ACCREDITATI**

Ai sensi di quanto previsto dall'allegato 2 della DGR 292/2014, i committenti e il soggetto gestore assumono reciproci impegni al fine di ridurre il numero di giornate di non utilizzo del servizio.

I soggetti committenti si impegnano ad attuare:

1. semplificazione dei percorsi relativi alle procedure di accesso in modo da garantire la copertura del posto resosi disponibile in tempi brevi di norma, non superiori, a 4 giorni. Il gestore si impegna a dare immediata comunicazione al Punto Unico di Accesso Socio Sanitario (di seguito PUASS) del posto resosi disponibile, comunque entro la giornata di effettiva disponibilità;
2. modalità rapide nella gestione delle liste di attesa;

3. monitoraggio semestrale dell'utilizzo del servizio e delle quantità contrattualizzate attraverso apposita commissione integrata composta da referenti dei diversi servizi pubblici e del soggetto gestore. Tal commissione deve verificare:

- a) la percentuale complessiva di utilizzo del servizio;
- b) il numero di giornate medio di non occupazione sino alla successiva copertura per ogni posto resosi vacante.

Il soggetto gestore si impegna a comunicare i dati formalmente richiesti dai soggetti committenti e necessari per il monitoraggio di cui sopra;

4. criteri e modalità rapide per la prevalutazione congiunta delle esigenze e delle condizioni delle persone da inserire nei servizi atte a garantire l'appropriatezza degli interventi assicurati al nuovo utente e il miglior equilibrio possibile per la convivenza e l'assistenza da garantire agli altri utenti;

Qualora, dal monitoraggio di cui al punto 3 emerga un utilizzo dell'offerta accreditata e contrattualizzata inferiore alle percentuali incorporate nel sistema di remunerazione dei servizi per anziani (96% per la CRA):

- il soggetto gestore potrà prevedere l'utilizzo diretto al di fuori dell'accreditamento di posti accreditati e contrattualizzati non coperti dandone preventiva comunicazione ai soggetti committenti e ripristinando le disponibilità di accoglienza previste dal contratto di servizio appena ciò sia possibile;
- i soggetti committenti dovranno formalizzare il miglioramento dei meccanismi di accesso al servizio, dichiarando i tempi di allineamento, per garantire l'utilizzo di posti ai valori medi di occupazione remunerati dalla tariffa regionale.

Nel caso in cui tale situazione persista per più di un anno, il soggetto gestore ha la facoltà di richiedere che vengano riviste ed adeguate al ribasso le quantità di servizio contrattualizzato e/o accreditato.

Altresi, qualora dal monitoraggio di cui al punto 3 risultino tempi medi lunghi tra la disponibilità di un posto e la data di effettivo successivo utilizzo dello stesso, i soggetti pubblici adottano formalmente meccanismi di miglioramento e semplificazione dei percorsi e delle procedure di accesso.

## **ART. 6 PRESTAZIONI DEL GESTORE**

Il soggetto gestore realizza il servizio accreditato di Casa Residenza per Anziani assicurando i livelli assistenziali, organizzativi e strutturali definiti in base al case mix e previsti dalla vigente normativa regionale.

Il soggetto gestore fornisce il servizio accreditato di **Casa Residenza per Anziani** impegnandosi:

- ad inserire nei posti accreditati gli anziani non autosufficienti sulla base delle indicazioni del PUASS del Distretto di Castelfranco Emilia;
- ad assicurare adeguati standard qualitativi per le attività alberghiere e di ristorazione;
- ad attuare/richiedere a soggetti terzi in caso di servizi alberghieri appaltati:
  - i piani di gestione delle emergenze e applicazione delle altre procedure previste dal D. Lgs 81/2008 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" e successive modifiche ed integrazioni;

- il piano di autocontrollo di cui al D.lgs. 193/2007 “Attuazione delle direttive 93/43/CEE e 96/3/CE concernenti l'igiene dei prodotti alimentari”, e successive modifiche ed integrazioni, al fine di garantire che siano individuate, applicate, mantenute e aggiornate le opportune procedure di sicurezza, avvalendosi dei principi su cui è basato il sistema HACCP;
- attività di monitoraggio e controllo, anche tramite affidamento a ditta specializzata, sulla potabilità dell'acqua, ivi compresi i controlli obbligatori in materia di rischio legionellosi;
- adeguati piani di azione volti a contrastare fenomeni atmosferici straordinari (quali precipitazioni nevose, ondate di calore, etc.);
- azioni di disinfestazione contro la zanzara tigre.

Il gestore si impegna a garantire:

#### **a) prestazioni di assistenza sanitaria**

1) in ottemperanza alla DGR 514/2009 e ss.mm.ii., a tutti gli ospiti che ne presentino la necessità, la fornitura dei seguenti dispositivi medici di uso corrente:

- letti articolati ad altezza variabile e le relative sponde e supporti per alzarsi da letto;
- materassi e cuscini antidecubito;
- dotazione di ausili per la mobilità ed il mantenimento delle autonomie funzionali residue (quali a titolo esemplificativo e non esaustivo, corrimano a parete, carrozzelle ad uso non personale, ecc.);
- apparecchiature per l'erogazione dell'ossigeno (impianti fissi, concentratori di O2 o bombole) per l'utilizzo in urgenza o temporaneo;

2) a tutti gli ospiti che ne presentino necessità, la fornitura dei dispositivi medici di uso corrente in ottemperanza alla DGR 514/2009 e ss.mm.ii.;

3) a fornire in ottemperanza alla DRG 564/2000 e s.m.i. e DGR 2110/2009 e s.m.i. gli ausili protesici per i quali non è richiesta personalizzazione, ausili posturali, dotazione adeguata di sollevatori, materiale per medicazione; detergenti e disinfettanti; materiale vario ad assorbenza; farmaci non ricompresi nel prontuario, altro materiale di consumo assistenziale;

4) ausili per incontinenza: fatto salvo che il costo di tali ausili per i posti oggetto del contratto è già ricompreso nella corresponsione della tariffa al gestore ma con riferimento agli ausili per incontinenza forniti dalla Az. USL a persone provenienti dal domicilio o ospiti della struttura in posti a regime “non contrattualizzati”, qualsiasi evento che comporti la interruzione o cessazione della fornitura di ausili deve essere comunicato entro 3 giorni lavorativi successivi al suo verificarsi tramite e-mail o fax alla ditta fornitrice e all'Ufficio protesi del Distretto dell'Az. USL territorialmente competente. In difetto della comunicazione, qualora a seguito dei controlli della Az. USL emerga che la fornitura non è stata interrotta o cessata, la fatturazione del corrispettivo delle consegne acquisite successivamente al verificarsi dell'evento verrà effettuata direttamente dalla ditta fornitrice alla struttura.

#### **b) prestazioni di assistenza infermieristica**

Il soggetto gestore garantisce l'assistenza infermieristica in una logica di attività fortemente integrata tra gli aspetti organizzativi sanitari e socio assistenziali, sulla base del bisogno evidenziato nel PAI, mediante personale infermieristico, regolarmente iscritto all'Albo provinciale IPASVI e in base alle disposizioni regionali vigenti (vedi anche allegato 01 “Ruolo del responsabile attività sanitarie”, allegato 02 “Ruolo dell'infermiere”, allegato 03 “Ruolo fisioterapista”). Per le attività

infermieristiche, si rimanda a quanto indicato nella Legge 10 agosto 2000, n. 251 “Disciplina delle professioni sanitarie, tecniche della prevenzione nonché della professione ostetrica”.

L'assistenza infermieristica nella CRA è determinata nella misura riportata dallo schema, sulla base della normativa regionale vigente e delle indicazioni dell'AUSL, tenuto conto dei seguenti elementi

- case mix e presenza di utenti ad elevata intensità assistenziale;
- presenza di posti temporanei di riattivazione;
- dimensioni della struttura;
- caratteristiche strutturali;
- turno h24.

Posti letto contrattualizzati: 20 di Casa Residenza per Anziani.

Il rapporto infermieristico da garantire in relazione al case mix è di 1/11 comprensivo dell'attività di coordinamento. Pertanto il calcolo del personale infermieristico dovuto è di n° 1,82 unità equivalenti per contratti da 36 ore/settimana, se i singoli contratti di lavoro prevedono orari settimanali superiori, il numero degli infermieri è proporzionalmente riparametrato. Il monte ore minimo di assistenza che tali unità devono garantire nell'anno, è pari a  $1,82 \times 1548 = 2817$  (monte ore annuo di presenza attiva fissato in 1548 da Circolare n 7/07) comprensivo del coordinamento

Questo conteggio è parametrato anche sui posti temporanei di sollievo, ed è comprensivo delle sostituzioni per ferie e per malattie inferiori ai 25 giorni continuativi in caso di turni sulle 12 ore e 45 giorni continuativi nel caso di turni sulle 24 ore. Nel caso di lunga assenza superiore ai 25 giorni continuativi in caso di turni sulle 12 ore e 45 giorni continuativi nel caso di turni sulle 24 ore, il soggetto gestore è tenuto a sostituire la persona e a darne comunicazione scritta all'Azienda USL che si farà carico del rimborso della sostituzione individuata. Il costo relativo a questa sostituzione dovrà essere rendicontato separatamente. Si precisa che il riconoscimento economico della sostituzione (oltre che del titolare del posto) avverrà solo nel caso sul gestore gravi il costo della lunga assenza (da autodichiarare) e per il solo personale dipendente (non per quello somministrato).

Il parametro assistenziale previsto è calcolato secondo un monte ore annuo di presenza attiva fissato in 1548 ore (da Circolare n 7/07) comprensivo delle attività di assistenza diretta alla persona, di quelle di formazione e aggiornamento e di partecipazione alle riunioni di équipe.

L'assistenza infermieristica dovrà essere articolata sulla base dei bisogni assistenziali degli ospiti e delle esigenze organizzative determinate anche dalle collaborazioni con i servizi sanitari. L'Azienda USL si riserva di verificare la congruenza tra l'articolazione oraria predisposta e le esigenze sopra espresse.

In accordo con la committenza sarà possibile anche prevedere una ipotesi di articolazione dell'orario di lavoro del personale infermieristico che tenga in debita considerazione specifiche esigenze assistenziali (quali es. il rafforzamento in particolari fasce orarie della giornata e/o il prolungamento dell'attività assistenziale nelle ore serali).

I cartellini orari mensili del personale sono a disposizione della Direzione Infermieristica del Distretto, cui compete la verifica del rispetto di quanto indicato nei punti precedenti (per quanto

riguarda lo standard minimo indicato) attraverso schemi di rendicontazione condivisi con il gestore anche ai fini dell'autorizzazione al pagamento delle fatture.

L'articolazione oraria dovrà altresì tenere in considerazione quanto stabilito dal Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n.66 "Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro".

### **c) coordinamento infermieristico**

Il gestore individua il responsabile tecnico-professionale dell'assistenza infermieristica nella figura dell'infermiere di coordinamento, ruolo rilevante nell'organizzazione delle attività sanitarie, al fine di garantire la massima efficacia degli interventi sanitari, integrandoli con tutte le altre attività della struttura residenziale ed in particolare in raccordo con il coordinatore della struttura secondo quanto riportato nell'allegato 01 al presente contratto.

L'infermiere di coordinamento e il medico rappresentano figure strategiche per la promozione di azioni di governo clinico e per l'attuazione dei percorsi clinico-assistenziali in integrazione col personale della struttura e con il coordinamento distrettuale.

La figura individuata per lo svolgimento del coordinamento sanitario (per un minimo di 5 ore settimanali per 25 ospiti), è tenuta a svolgere le relative attività per un monte ore di 208 annuali.

### **d) prestazioni di assistenza riabilitativa:**

Il soggetto gestore garantisce l'assistenza riabilitativa all'interno del servizio accreditato, sulla base del bisogno evidenziato nel PAI/ dell'utente, secondo le disposizioni regionali vigenti.

Posti letto contrattualizzati: n. 20 di Casa Residenza per Anziani.

Rapporto da garantire : 1/60; n° operatori da garantire : 0,40

Il monte ore minimo che tali unità devono garantire nell'anno è pari a 624 ore (monte ore annuo di presenza attiva fissato in 1548 da Circolare n 7/07)

Tale conteggio è comprensivo delle sostituzioni per ferie e per malattie inferiori ai 25 giorni continuativi in caso di turni sulle 12 ore.

Nel caso di lunga assenza superiore ai 25 giorni continuativi in caso di turni sulle 12 ore, l'Ente gestore è tenuto a sostituire la persona e a darne comunicazione scritta all'Azienda USL che si farà carico del rimborso della sostituzione individuata. Si precisa che il riconoscimento economico della sostituzione (oltre che del titolare del posto) avverrà solo nel caso sul gestore gravi il costo della lunga assenza (da autodichiarare) e per il solo personale dipendente (non per quello somministrato).

L'articolazione oraria dovrà altresì tenere in considerazione quanto stabilito dal Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n.66 "Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro";

A fronte di modifiche del case-mix o di eventuali variazioni del fabbisogno il monte ore infermieristico e riabilitativo potrebbe essere modificato tramite accordi tra le parti risultanti da scambio di corrispondenza.

Il soggetto gestore si assume altresì l'impegno di:

- eseguire, metodicamente e secondo le necessità del servizio, tutte le operazioni e le attività indicate nel presente contratto;

- osservare tutta la normativa vigente sulla sicurezza e sull'igiene dei luoghi di lavoro ed in particolare comunicare i nominativi di tutte le figure previste dalla predetta normativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro;
- eseguire tutte le direttive impartite dalla committenza e informarla puntualmente e tempestivamente di qualunque fatto che ne renda opportuno e necessario l'intervento;
- nominare un responsabile della conduzione e della esecuzione delle prestazioni e dei servizi oggetto del contratto, il quale fungerà da referente tra la committenza e il soggetto gestore per garantire l'efficace esecuzione delle attività oggetto del contratto;
- rispettare tutte le norme vigenti in materia di igiene pubblica e di profilassi delle malattie infettive;
- munire il personale in servizio di cartellino di riconoscimento;
- garantire la fedele esecuzione del servizio in modo che le attività eseguite risultino a tutti gli effetti esattamente conformi alle prescrizioni del presente contratto;
- garantire l'immediata sostituzione dei propri prestatori di lavoro qualora questi pongano in essere comportamenti in violazione del codice penale o contrari al buon costume, alla pubblica moralità, ecc...;
- garantire l'attuazione dei protocolli, linee di indirizzo, documenti operativi previsti dalla Az. USL (vedi pagina web Az.USL area fragili).

Le parti confermano, per tutta la durata del contratto, la propria disponibilità a valutare eventuali variazioni del volume di attività, ai sensi del Libro IV –Titolo II del Codice Civile.

## **ART. 7 MODALITA' DI REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO**

Il soggetto gestore realizza il servizio accreditato assicurando i livelli assistenziali, organizzativi e strutturali definiti in base al case mix e previsti dalla vigente normativa regionale.

Il soggetto gestore realizzerà il servizio accreditato assicurando, inoltre, i requisiti di cui all'allegato a) al presente contratto, coerentemente con quanto previsto dalla DGR 273/2016.

Il soggetto gestore fornirà il servizio accreditato impegnandosi:

1. a non imputare a carico degli utenti costi per prestazioni garantite/rimborsate dalle tariffe;
2. a informare in modo chiaro e corretto gli utenti e i loro famigliari in merito alle prestazioni e ai servizi assicurati;
3. ad assicurare, ai fini dell'individuazione delle tariffe derivanti dal case-mix di cui sopra, un rapporto minimo di OSS come indicato nell'allegato a) al presente contratto.

Nell'ambito del rapporto di reciproca collaborazione che si instaura attraverso il presente contratto ed allo scopo di agevolare gli Enti contraenti nell'espletamento dei rispettivi compiti, si conviene che per le attività di cui al presente atto, potrà essere valutata di concerto la possibilità di addivenire alla stesura di appositi "protocolli operativi", riguardanti le procedure tecnico amministrative ed organizzative.

Il soggetto gestore si impegna a realizzare la presa in carico della persona non autosufficiente avvalendosi delle informazioni prodotte dai referenti dei servizi sociali e sanitari, in funzione degli obiettivi di continuità assistenziale, massima personalizzazione degli interventi, mantenimento dei rapporti con i famigliari. A tal fine, risulta strategica una adeguata progettazione del P.A.I. (Progetto Assistenziale Individualizzato) attraverso l'équipe interdisciplinare, da illustrare al

famigliare entro 30 giorni dalla data di ingresso dell'anziano, oltre alla puntuale verifica del P.A.I., di cui informare il familiare.

## **7.2 PRESTAZIONI AGGIUNTIVE**

Le eventuali prestazioni aggiuntive attinenti al servizio sono regolamentate nell'allegato a) al presente contratto che vien rinnovato annualmente.

## **ART. 8 REQUISITI DI QUALITA' DEL SERVIZIO**

Il soggetto gestore svolge la propria attività nel rispetto dei livelli di qualità dei servizi, così come sono determinati:

- dalle vigenti norme regionali sull'autorizzazione al funzionamento e sull'accreditamento;
- dai Piani annuali di servizio;
- dalla Carta dei Servizi/Regolamento del servizio;

I committenti si impegnano a proseguire nell'attività di verifica e monitoraggio, finalizzata al mantenimento e/o miglioramento della qualità delle prestazioni, dell'efficienza, dell'organizzazione, dell'adeguato uso delle risorse e della formazione a garanzia del maggior grado di benessere possibile per gli utenti che usufruiscono del servizio.

La committenza attua azioni di monitoraggio attraverso propri referenti allo scopo di garantire un approccio integrato per la risposta ai bisogni degli ospiti valorizzando il ruolo delle diverse professionalità e al fine di garantire e mantenere elevati standard assistenziali. Tali attività saranno svolte mediante l'analisi di dati ed indicatori di risultato che dovranno essere forniti dal gestore anche attraverso il sistema informatizzato (vedi allegato 05 "Scheda complessità sanitaria") e mediante accessi periodici nella struttura che comprendono anche la partecipazione agli incontri che il gestore organizza con i familiari, gli operatori e la committenza in materia di:

- valutazione integrata della qualità del servizio;
- programmazione e verifica delle attività;
- restituzione dei risultati emersi dall'indagine di qualità percepita e questionari di soddisfazione;
- relazione del piano annuale del servizio comprendente gli obiettivi, i risultati e le azioni di miglioramento, che evidenziano gli obiettivi raggiunti ed il confronto con il sistema della rete delle strutture residenziali;
- verifica sulle modalità e strumenti di classificazione, come prevista dalle indicazioni regionali;
- indicatori di benessere.

## **ART. 9 FORNITURA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE**

1. L'AUSL di Modena, Distretto di Castelfranco Emilia, si impegna a fornire al gestore le seguenti prestazioni sanitarie, come dettagliato nei commi successivi:

- a) Governo clinico
- b) Assistenza Medica di base
- c) Assistenza specialistica
- d) Assistenza farmaceutica e dispositivi medici di uso corrente

- e) Assistenza protesica
- f) Trasporti sanitari.

**a) Governo clinico:** inteso in questo ambito come il coordinamento dell'assistenza medica e più in generale dell'attività sanitaria all'interno dei servizi oggetto del presente contratto, effettuato dal Responsabile dell'Area Fragili e dal coordinatore infermieristico del Distretto attraverso azioni di formazione, regolari accessi nelle strutture, tesi a supportare e monitorare le attività sanitarie, l'adesione ai protocolli, in una logica di massima integrazione e collaborazione tra committenti e gestore.

**b) Assistenza medica di base:** all'avvio dell'accreditamento definitivo, fatto salve ulteriori specifiche rispetto alla presenza medica nelle Case Residenza, l'assistenza medica viene fornita in coerenza con la DGR 1378/99 sia per gli aspetti di organizzazione che di remunerazione dei medici. L'attività di diagnosi e cura, sia dal punto di vista organizzativo che erogativo, deve essere conforme a quanto espressamente indicato nel CCN.

Per l'attività di medicina generale nel servizio Casa Residenza per Anziani si rimanda a quanto indicato nella Delibera di Giunta Regionale n. 3085/2001 ed eventuali circolari interne all'azienda AUSL.

Sono assegnati al servizio n. 1 medico di medicina generale, che svolge 6 ore settimanali articolate in accessi settimanali concordati con il Coordinatore della struttura. Le sostituzioni saranno garantite come da normativa.

Il Servizio di Guardia Medica P.F.N. presterà la propria assistenza nei confronti degli ospiti della struttura, nell'ambito delle proprie competenze e secondo la normativa vigente in materia.

**c) Assistenza specialistica:** il Distretto assicura all'interno del servizio un'attività di assistenza specialistica programmata sulla base delle effettive esigenze, in particolare per le specialità di Geriatria, Psichiatria e di Fisiatria come da protocolli condivisi. Per le altre specialità sono attivati appositi canali privilegiati, quali il percorso di accesso facilitato al CUP e le visite in struttura secondo quanto definito da protocolli. (Sulla pagina web dell'Az. è presente il catalogo delle consulenze specialistiche programmabili che chiarisce tutte le modalità per attivarle).

**d) Assistenza farmaceutica e dispositivi medici:** l'assistenza farmaceutica viene garantita dall'Azienda USL attraverso la fornitura dei farmaci necessari agli ospiti delle strutture residenziali. I farmaci forniti, a prescindere dalla classe di appartenenza, sono quelli previsti dal Prontuario Terapeutico AVEN, di cui al sito [www.aven-rer.it](http://www.aven-rer.it), ed utili a soddisfare le esigenze di cura della popolazione anziana non autosufficiente; l'Azienda USL, pertanto, non fornirà né rimborserà farmaci acquistati extra Prontuario AVEN. La prescrizione di farmaci non inclusi nel Prontuario deve essere ridotta al minimo e deve avvenire solo dopo attenta valutazione dei principi attivi inseriti nel prontuario quali possibili alternative terapeutiche. L'eventuale prescrizione sul territorio con ricetta SSR deve contestualmente essere ridotta al minimo e viene monitorata periodicamente. La richiesta dei farmaci prescritti deve essere inviata al servizio di Farmacia ospedaliera competente per Distretto, come indicato dalla Legge n. 405/2001 a cui gli enti gestori devono fare specifico riferimento (vedi allegato 04 "Allegato fornitura farmaci e dispositivi").

L'Azienda USL fornisce procedure per la definizione delle corrette modalità di conservazione e gestione nell'uso dei farmaci e documenti sull'uso sicuro ed appropriato dei farmaci ai quali il soggetto gestore si impegna ad aderire.

- Dispositivi medici ad uso corrente: alla Farmacia ospedaliera di riferimento devono essere inviate anche le richieste di approvvigionamento generale dei dispositivi medici ad uso corrente necessari per il governo dei processi terapeutici (per la somministrazione e gestione della terapia infusiva ed intramuscolare, la somministrazione e gestione della terapia antalgica, la gestione del cateterismo vescicale, la somministrazione O2-terapia) e di alcuni dispositivi medici di uso non corrente, necessari per il governo del processo assistenziale, che potranno essere richiesti attraverso la prescrizione individuale degli ausili protesici di cui al DM 27/08/99 n. 332 (Materiale di medicazione avanzato per la prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione come da protocollo Aziendale, ausili per stomizzati e per laringectomizzati).
- Ventiloterapia: l'ossigenoterapia a lungo termine è fornita direttamente dall' Azienda USL come le apparecchiature quali concentratori di ossigeno, ventilatori ecc. A tal proposito si specifica che la prescrizione di tale terapia può avvenire solo da parte di un numero definito di prescrittori individuati dall'Azienda. Il gestore dovrà garantire la fornitura di O2 per le situazioni di emergenza come previsto dalla D.G.R. 564/2000.

Qualsiasi evento riguardante un assistito in ventiloterapia ospite della struttura che comporti la cessazione dell'utilizzo della/e apparecchiatura/e e della eventuale fornitura di materiale extra contratto deve essere comunicato entro tre giorni lavorativi dal suo verificarsi tramite e-mail o fax alla ditta fornitrice e all'ufficio protesi del Distretto. In difetto della comunicazione, qualora a seguito dei controlli della AUSL emerga che l'addebito del corrispettivo per l'utilizzo della apparecchiatura e per la eventuale fornitura di materiale extra contratto non è stato cessato, la fatturazione del corrispettivo addebitato successivamente al verificarsi dell'evento verrà effettuata direttamente dalla ditta fornitrice alla struttura.

- Nutrizione artificiale (NAD): la nutrizione artificiale viene attivata tramite il PUASS. La fornitura dei prodotti e dei dispositivi per la somministrazione e gestione della nutrizione enterale, con PEG e SNG, e parenterale viene effettuata, secondo le modalità definite attraverso le gare di acquisto, tramite Service o consegna diretta.

Qualsiasi evento riguardante un assistito in NAD ospite della struttura che comporti interruzione o cessazione del servizio NAD (ricovero dell'utente, reingresso da ricoveri, dimissioni o decessi) deve essere comunicato entro 3 giorni lavorativi successivi al suo verificarsi tramite e-mail o fax alla ditta fornitrice e al PUASS. In difetto della comunicazione, qualora a seguito dei controlli della AUSL emerga che il servizio di NAD non è stato interrotto o cessato, la fatturazione del saldo delle giornate addebitate in più all'AUSL rispetto al verificarsi dell'evento verrà effettuata direttamente dalla ditta fornitrice alla struttura.

L'Az. USL, avvalendosi dei servizi coinvolti nella gestione dei beni sanitari, monitora periodicamente le richieste e i consumi della Casa Residenza.

Per quanto riguarda la fornitura di particolari farmaci e dispositivi medici si fa riferimento al protocollo allegato "FORNITURA DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI AUSILI E PROTESICA PER LE CASE RESIDENZA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI" (allegato 04).

Nel caso in cui vengano verificate/riscontrate, dalla committenza, anomalie nella gestione di farmaci e dispositivi medici (es. non corretta conservazione, prodotti scaduti, approvvigionamenti

eccessivi ordinati attraverso i canali dell’Az.USL), le stesse verranno segnalate per l’adozione di eventuali provvedimenti (es. addebito all’Ente gestore della spesa ritenuta eccedente rispetto ai bisogni delle persone presenti nella struttura stessa).

**e) Assistenza protesica:** le richieste per presidi per la mobilità (carrozzelle, deambulatori, quadripoli ecc.) previsti negli elenchi 1 e 2 del Nomenclatore Tariffario, solo su prescrizione (e quindi tipologia) personalizzata agli ospiti invalidi ai sensi del DM 332/99, devono essere inviate alla SAUB del Distretto di competenza. In caso di decesso o trasferimento di un assistito ospite della struttura al quale è stato assegnato un ausilio protesico personalizzato di cui al D.M. 332/1999, ad eccezione degli ausili individuati dalla DGR n. 564/2000, la struttura deve darne comunicazione entro 3 giorni lavorativi successivi al verificarsi dell’evento tramite e-mail o fax all’ufficio protesi del distretto Az. USL territorialmente competente. In difetto della comunicazione nei tempi previsti verrà addebitata una penale corrispondente a 10 € per ciascun giorno di ritardo successivo al termine indicato.

Per l’erogazione e la manutenzione dei presidi per la mobilità il riferimento è l’Ufficio Protesica del Distretto che opera nei modi e nei tempi determinati dalla normativa e secondo quanto previsto dai capitolati di appalto in essere per le forniture/manutenzioni.

**f) Trasporti sanitari:** l’AUSL di Modena Distretto di Castelfranco Emilia assicura i trasporti sanitari in caso di ricovero ordinario e dimissione da presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati di disabili, allettati o non trasportabili con mezzi ordinari, ospitati nelle strutture residenziali, mentre restano a carico del soggetto gestore i trasporti per visite specialistiche ed altri trasporti durante le attività quotidiane.

## **ART. 10 INCOMPATIBILITA’**

Il soggetto gestore, all’atto della sottoscrizione, dichiara di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo o aver attribuito incarichi a ex dipendenti o incaricati della committenza (nel triennio successivo alla loro cessazione del rapporto) che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei confronti di questa impresa per conto della committenza negli ultimi tre anni di servizio, ex art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165/2001 ed art. 1, comma 42, Legge n. 190/2012. L’individuazione di situazioni di incompatibilità potrà comportare la risoluzione di diritto del contratto ai sensi dell’Art. 1456 C.C., previa formale diffida all’eliminazione dei rapporti di cui sia stata verificata l’incompatibilità e perdurante inadempienza.

## **ART. 11 IL SISTEMA OMOGENEO DI REMUNERAZIONE DEL SERVIZIO E LE MODALITA’ DI PAGAMENTO DELLE QUOTE A CARICO DELLA COMMITTENZA E DEGLI UTENTI**

Il sistema di remunerazione del servizio ha carattere di omnicomprensività rispetto ai servizi resi e previsti dai requisiti dell’accreditamento definitivo, così come previsto dalla DGR 514/2009 e ss.mm.ii. e dalla DGR 273/2016.

### **11.1 COSTO DI RIFERIMENTO DEL SERVIZIO ACCREDITATO**

La determinazione del costo di riferimento per il servizio accreditato viene effettuata dall'istituzione competente, sulla base:

- a) della valutazione del livello assistenziale degli utenti (case mix);
- b) della presenza o meno degli elementi di flessibilità del costo di riferimento;
- c) della valutazione di altri eventuali servizi e/o fattori produttivi messi a disposizione del soggetto gestore del servizio accreditato;

a partire dagli elementi informativi forniti dal soggetto gestore e previo contraddittorio con lo stesso ed è soggetta a revisione annuale.

Il gestore è tenuto a fornire tutta la documentazione necessaria alla determinazione del costo di riferimento, ferme restando le responsabilità penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti richiamate dall'Art. 76 del D.P.R. 445/2000. Il gestore deve altresì comunicare le eventuali variazioni sulle presenze del personale che modifichino gli elementi di cui si è tenuto conto, al fine della definizione del costo di riferimento, per consentire di apportare le necessarie modifiche.

In caso di omissione delle citate comunicazioni, si procederà al recupero della parte della tariffa indebitamente percepita.

Il soggetto gestore si impegna:

1. a mettere a disposizione i dati rilevati e tutte le informazioni utili per consentire un adeguato monitoraggio e controllo dell'attività nonché la verifica della correttezza della fatturazione;
2. a fornire regolarmente i dati del personale in servizio comunicando eventuali variazioni sulle presenze del personale che possano incidere sulla definizione del costo di riferimento, per consentire di apportare le necessarie modifiche;
3. ad informare in modo chiaro e corretto gli utenti e i loro familiari in merito alle prestazioni ed ai servizi assicurati.

Il soggetto gestore si impegna, inoltre, all'assunzione di oneri a proprio carico, necessari al buon funzionamento dei servizi.

Il costo di riferimento del servizio è definito nell'allegato a) al presente contratto che viene rinnovato annualmente.

In caso di trasferimento di utente da una struttura accreditata ad altra, ai sensi di quanto previsto dalla DGR 273/2016, si stabilisce quanto segue:

- la retta a carico degli ospiti è riconosciuta fino al giorno precedente al trasferimento al servizio da cui l'ospite è stato dimesso e dal giorno di inserimento al servizio ricevente;
- la quota FRNA è riconosciuta, per il giorno di trasferimento, sia al servizio da cui l'ospite è stato dimesso che al servizio ricevente.

Il costo di riferimento e conseguentemente le quote di contribuzione degli utenti e la quota a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza sono comprensivi di IVA e IRAP se dovuti.

Il costo di riferimento sociale e socio-sanitario viene remunerato attraverso il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza e la compartecipazione degli utenti e/o delle risorse dei Comuni/Unione.

Per quanto riguarda la regolamentazione delle assenze, in caso di mantenimento del posto letto (conseguente a ricoveri ospedalieri, rientri temporanei in famiglia, soggiorni climatici o terapeutici

o comunque di assenze programmate, concordate con i soggetti gestori dei servizi accreditati) si prevede, ai sensi di quanto disposto dalla DGR 273/2016, il versamento di una quota della retta a carico degli ospiti del 45% della retta giornaliera e il riconoscimento del 45% della quota a carico del FRNA.

## **11.2 QUOTE DI CONTRIBUZIONE DEGLI UTENTI**

La disciplina e la determinazione annuale delle quote di contribuzione a carico degli utenti, compete agli Enti deputati, nell'ambito degli indirizzi della Regione e sulla base degli indirizzi formulati dal Comitato di Distretto.

La determinazione della quota individuale di contribuzione viene stabilita annualmente con atto dei Comuni/Unione. La committenza ne dà comunicazione al soggetto gestore che richiede all'utente o ai suoi famigliari l'accettazione della quota di contribuzione. Il soggetto gestore si impegna a non imputare a carico degli utenti costi per prestazioni garantite/rimborsate dalle tariffe contenute nel presente contratto.

Nel caso in cui l'utente sia esonerato totalmente o parzialmente dal pagamento della quota di contribuzione, ai sensi di quanto previsto nel comma 1, il servizio sociale territorialmente competente comunica al gestore, di norma entro 20 giorni dall'ammissione dell'utente al servizio, l'accollo del corrispondente onere a proprio carico secondo quanto meglio stabilito nei Regolamenti comunali vigenti.

Il soggetto gestore è tenuto a rilasciare, di norma entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento, ai cittadini che lo richiedano, la corretta attestazione, univoca e chiara nel rispetto delle normative vigenti e di quanto previsto dalla DGR 273/2016, in base alle giornate di presenza e all'effettivo pagamento da parte degli utenti, delle spese per l'assistenza specifica sostenute dagli utenti, che gli stessi potranno utilizzare ai fini fiscali nei casi previsti dalla legislazione vigente. A tal fine, per i servizi accreditati, sulla base della determinazione del costo di riferimento regionale, le spese per l'assistenza specifica, in base alla normativa vigente e fatte salve eventuali modifiche della stessa, vanno determinate conteggiando, al netto di eventuali contribuzioni e/o compartecipazione del Comune, il 50% della retta a carico dell'utente. La reiterata inosservanza di tale adempimento costituisce grave motivo di iniquità nei confronti dei cittadini e comporta la sospensione dell'efficacia del contratto di servizio e della liquidazione delle relative competenze.

Le quote di contribuzione degli utenti sono definite nell'allegato a) al presente contratto che viene rinnovato annualmente.

## **11.3 QUOTE A CARICO FONDO REGIONALE NON AUTOSUFFICIENZA**

L'importo delle quote a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza viene determinato dal Comitato di Distretto, sulla base del costo di riferimento regionale.

La quota a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza è riconosciuta dal primo giorno di ingresso nel servizio sino al giorno di dimissione o decesso compreso.

Le quote a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza sono definite nell'allegato a) al presente contratto che vien rinnovato annualmente.

#### **11.4 VALUTAZIONE DEL CASE MIX**

Ai fini della determinazione del fabbisogno assistenziale degli utenti e delle tariffe per la remunerazione del servizio, si applica il sistema denominato case-mix.

Di norma entro il mese di ottobre il soggetto gestore accreditato opera una valutazione degli ospiti riconducendone lo stato a uno dei livelli di classificazione indicati della Regione e ne trasmette l'esito al Responsabile Area Fragili del Distretto e al referente per la committenza di cui all'Art. 1. Il Responsabile dell'Area Fragili insieme al coordinatore infermieristico distrettuale può disporre una procedura di verifica mediante una nuova valutazione, parziale o totale, da effettuarsi in collaborazione con gli operatori del PUASS.

Ai fini della classificazione il soggetto gestore raccoglie preventivamente tutte le informazioni e la documentazione sociale e sanitaria rilevante a disposizione dei committenti.

A tal fine si devono adottare modalità organizzative e di programmazione delle classificazioni tali da consentire al gestore di predisporre la documentazione necessaria in tempo utile e di assicurare il coinvolgimento dei professionisti di area medica, infermieristica e assistenziale, al fine di garantire completezza e congruità della classificazione.

Al fine di aggiornare annualmente la classificazione del livello assistenziale degli ospiti inseriti nel servizio, il soggetto gestore e i committenti adottano lo strumento di valutazione, i criteri e i tempi stabiliti dalla Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali del 11 agosto 1999 n. 7108.

L'aggiornamento della classificazione degli ospiti è effettuato a cadenza annuale.

In caso di cambiamenti significativi relativi alla classificazione degli utenti verrà operata una ridefinizione della tariffa con effetto dal primo giorno del mese successivo.

#### **11.5 FLUSSO INFORMATIVO SUL COSTO DI RIFERIMENTO**

I committenti attivano il necessario flusso informativo con i soggetti gestori dei servizi, finalizzato a verificare, in modo condiviso e trasparente, la presenza o meno degli elementi di flessibilità gestionale che possono determinare la riduzione e/o l'aumento del costo di riferimento e il relativo adeguamento del sistema di remunerazione. Ai sensi della DGR 273/2016 il soggetto gestore è tenuto a evidenziare la propria realtà gestionale con riferimento agli elementi di flessibilità previsti fornendo tutta la documentazione all'uopo necessaria (rendiconti economici analitici da cui emerga il rilievo economico del costo del personale assistenziale; dichiarazioni in merito al numero del personale impiegato per tipologia di figura professionale con relativo inquadramento gestionale e costo complessivo annuo; dichiarazione in merito ai rapporti assistenziali adottati e alla presenza degli elementi previsti dal punto 3.1.1 della DGR 273/2016).

In ogni caso il soggetto gestore è tenuto a fornire tutta la documentazione necessaria in maniera tempestiva e trasparente, ferme restando le responsabilità penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti, richiamate dall'Art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445.

Ove il soggetto gestore renda dichiarazioni non veritiere, fatti comunque salvi i diritti sul risarcimento dell'eventuale maggiore danno nonché l'eventuale risoluzione del contratto, i soggetti committenti si riservano la facoltà di applicare le seguenti penalità:

1. dichiarazione non veritiera del possesso di elementi di flessibilità gestionale che possono determinare l'aumento del costo di riferimento e il relativo adeguamento del sistema di remunerazione, € 50,00 die/ospite per il numero di giorni in cui è stata applicata la maggiorazione;
2. dichiarazione non veritiera di elementi di flessibilità gestionale che determinano la riduzione del costo di riferimento e il relativo adeguamento del sistema di remunerazione, € 25,00 die/ospite per il numero di giorni in cui è stata applicata la riduzione;
3. mancata presentazione della documentazione probatoria degli elementi di flessibilità gestionale € 50,00 per ogni giorno trascorso inutilmente dal termine ultimo indicato nella richiesta formale;
4. dichiarazione non veritiera del costo del lavoro, ulteriori € 25,00 die/ospite a quanto già previsto al punto 1.

## **11.6 MODALITA' DI PAGAMENTO DELLE QUOTE A CARICO DELLA COMMITTENZA.**

Il Comune di Castelfranco Emilia, il Comune di San Cesario sul Panaro, l'Unione del Sorbara si impegnano a liquidare al soggetto gestore le quote dovute, al netto della quota a carico dell'utente che invece dovrà essere introitata direttamente dal soggetto gestore, entro 30 giorni dalla data di arrivo delle fatture mensili.

L'Az. USL per il pagamento del FRNA si impegna a pagare al soggetto gestore le tariffe dovute, con le seguenti modalità: fatturazione mensile suddivisa in base alle diverse tipologie di ricovero/servizio accreditato offerto con allegata la rendicontazione degli ospiti presenti, entro 60 giorni dal mese di competenza, purché la relativa fattura venga ricevuta e protocollata entro 20 giorni successivi al mese di riferimento da parte del competente servizio bilancio dell'Az. USL.

Tutti i pagamenti sono subordinati alla presentazione di regolari fatture.

Ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. 24-4-2014 n. 66, convertito dalla Legge 23-06-2014 n. 89, a partire dal 31 marzo 2015 la fatturazione deve essere effettuata esclusivamente in forma elettronica, come previsto dall'art. 1, comma 19, della L. 24-12-2007 n. 244 (legge finanziaria 2008) e con le modalità di cui al D.M. 3-4-2013 n. 55.

Ai sensi del comma 6 dell'art. 6 del D.M. 3-4-2013 n. 55, i committenti non possono accettare fatture che non siano trasmesse in forma elettronica per il tramite del Sistema di interscambio e non possono procedere ad alcun pagamento, nemmeno parziale, sino all'invio delle fatture in formato elettronico.

Al fine della trasmissione delle fatture elettroniche a mezzo del Sistema di interscambio il Codice Univoco dell'ufficio destinatario della fattura è:

per il COMUNE di Castelfranco Emilia: 49PK72

per il COMUNE di San Cesario sul Panaro: YY770A

per l'UNIONE del Sorbara: UFLH8U

per l'AUSL: UFLCTZ

In particolare, le fatture saranno intestate e trasmesse in formato elettronico, secondo i requisiti tecnici stabiliti dal DM n. 55/2013, a:

- “Comune di Castelfranco Emilia”, per tutte le prestazioni indicate nel presente contratto. Per le quote a carico del Comune di Castelfranco Emilia, corrispondenti alla differenza tra la tariffa totale dovuta e quanto imputato a carico del FRNA e all'utente.

- “Comune di San Cesario sul Panaro”, per tutte le prestazioni indicate nel presente contratto. Per le quote a carico del Comune di San Cesario sul Panaro, corrispondenti alla differenza tra la tariffa totale dovuta e quanto imputato a carico del FRNA e all'utente.

- “Unione del Sorbara”, per tutte le prestazioni indicate nel presente contratto. Per le quote a carico dell'Unione del Sorbara, corrispondenti alla differenza tra la tariffa totale dovuta e quanto imputato a carico del FRNA e all'utente.

- “Azienda USL Modena – Distretto di Castelfranco Emilia”, unicamente per le prestazioni rimborsabili dal FRNA e per le quote a carico della stessa.

Tutti i pagamenti sono comunque subordinati al rilascio del D.U.R.C. senza segnalazioni di inadempienze, nonché al rispetto di eventuali altri obblighi previsti dalla normativa vigente in riferimento all'intera situazione aziendale dell'impresa.

In ogni caso i pagamenti superiori a € 10.000,00 sono subordinati alla verifica che il destinatario non sia inadempiente all'obbligo di versamento derivante dalla notifica delle cartelle esattoriali.

In caso di ottenimento di D.U.R.C. che segnali un'inadempienza contributiva o di inadempienza all'obbligo di versamento derivante dalla notifica delle cartelle esattoriali si procederà ai sensi di legge.

Le parti concordano che, in caso di irregolarità accertata, il ricevimento della fattura non dà titolo al decorso automatico del termine di pagamento né presuppone l'accettazione della prestazione.

In merito alla fatturazione, il gestore dovrà attenersi alla disciplina normativa relativa allo “split payment”, di cui all'Art. 1 commi 629-633 della Legge 23/12/2014 n. 190 (legge di stabilità 2015), il quale ha introdotto l'Art. 17-ter del DPR 633/72, sul nuovo meccanismo di assolvimento dell'IVA per le cessioni di beni e le prestazioni di servizi nei confronti della Pubblica Amministrazione. Pertanto nelle fatture occorrerà indicare la seguente dicitura: “Scissione dei pagamenti – Art. 17-ter DPR 633/72”.

Ai sensi dell'Art. 4.5 delle linee guida approvate dall'Autorità per la vigilanza dei contratti pubblici di Lavori, Servizi e Forniture (Avcp) con determinazione n. 4 del 7 luglio 2011, relativa alla Legge n. 136 del 13 agosto 2010, i pagamenti effettuati dal committente al gestore non sono soggetti agli obblighi di tracciabilità.

## **11.7 RISCOSSIONE DELLE QUOTE DI CONTRIBUZIONE DEGLI UTENTI**

Devono essere garantiti gli elementi di trasparenza previsti nella DGR 273/2016 Art. 9.

La riscossione delle rette dall'ospite o dai suoi parenti dovrà avvenire nel rispetto dei seguenti principi e modalità:

- la retta è giornaliera e non può essere pagata anticipatamente rispetto al mese di competenza;
- la quota a carico dell'utente/Comune è riconosciuta dal primo giorno di ingresso nel servizio, sino al giorno di dimissione o decesso compreso, fatto salvo quanto previsto all'Art. 11.1 in caso di trasferimento ad altra struttura accreditata;

Per agevolare il pagamento delle quote di contribuzione da parte degli utenti, il gestore prevederà le forme di riscossione più comuni (bonifico bancario, bollettino postale, ecc.....) con eventuali oneri e spese a carico dell'ordinante.

L'utente che non paga entro i termini stabiliti dal gestore è considerato "moroso". Il gestore o suo incaricato invia all'utente moroso un sollecito di pagamento a mezzo raccomandata A/R, avente valore di costituzione in mora. Nel sollecito il gestore dovrà indicare le modalità ed il termine ultimo entro cui provvedere al pagamento. Trascorso inutilmente il termine indicato nel sollecito, il gestore potrà procedere al recupero del credito tramite vie legali o normativamente ammesse.

All'utente moroso il gestore addebita il corrispettivo dovuto oltre al rimborso delle spese legali, le spese sostenute per il recupero del credito, le rivalutazioni ed interessi legali.

Ai fini di prevenire situazioni di morosità reiterata il soggetto gestore si impegna a comunicare alla Assistente Sociale di riferimento nel minor tempo possibile i mancati pagamenti successivi a 60 giorni dalla data di scadenza delle fatture insolute. L'Assistente Sociale di riferimento coordinerà con utente e/o famigliari la definizione di un piano di pagamento.

All'utente moroso che non si impegni al rientro del suo debito, sottoscrivendo un apposito piano di rientro, verrà proposto un percorso assistito di dimissione, in accordo con i competenti servizi sociali, fatto salvo il recupero del credito e delle spese di cui al comma precedente e:

- qualora l'utente sottoscriva apposito impegno di un piano di rientro attraverso rateizzazione del debito in subordine;
- qualora venga preso in carico dal servizio sociale di residenza con l'impegno del servizio medesimo al pagamento delle tariffe previste per il servizio erogato.

Eventuali anticipi della retta a titolo cauzionale degli ospiti per i quali i comuni non integrano la retta non possono essere superiori a una mensilità.

Al soggetto gestore è fatto esplicito divieto di prevedere ulteriori introiti da parte degli utenti oltre alla retta di riferimento ed eventuali altri provvedimenti determinati nel presente contratto di servizio e suoi allegati. Qualsiasi ulteriore remunerazione del servizio a carico degli utenti, non già prevista nel presente contratto e/o nei suoi allegati, deve essere oggetto di preventivi e formali accordi tra soggetti committenti e soggetti gestori.

Nel periodo di vigenza del presente contratto le parti si impegnano a definire proposte per attenuare i rischi del mancato pagamento delle rette sulla base del principio della responsabilità condivisa tra i soggetti committenti e il soggetto gestore.

### **11.8 RIMBORSO DI ATTIVITA' E PRESTAZIONI SANITARIE**

Il rimborso delle prestazioni infermieristiche, in ottemperanza alle disposizioni regionali DGR 273/16, non può essere superiore al costo medio di un operatore in servizio presso l'Azienda UsI; il valore di riferimento dell'Ausl di Modena è fissato in € 39.932,59 per infermiere sulle 24h e € 37.260,39 per infermiere sulle 12 ore per un operatore infermieristico a tempo pieno. L'importo è omnicomprendivo (costi amministrativi, divise, dispositivi di protezione individuali e formazione).

Le prestazioni riabilitative sono rimborsate per il costo effettivamente sostenuto dal soggetto gestore. Il rimborso non potrà comunque mai essere superiore al costo sostenuto dall'Az. USL per il proprio personale che è fissato in € 34.998,17 all'anno per operatore a tempo pieno.

Questi valori di riferimento vanno confrontati al costo effettivamente sostenuto dal gestore per il personale infermieristico e per i fisioterapisti, non essendo consentito un rimborso superiore alla spesa effettiva. I rimborsi richiesti saranno corredati dei documenti giustificativi che verranno comunicati all'Ente gestore.

Il rimborso della spesa effettivamente sostenuta dall'ente gestore non potrà essere superiore all'esito della moltiplicazione del valore di riferimento dell'AUSL per il numero delle unità ed è omnicomprendivo (costi amministrativi, divise, dispositivi di protezione individuali e formazione).

In attesa della definizione della specifica tariffa regionale la remunerazione delle prestazioni sanitarie organizzate e fornite direttamente dal soggetto gestore avviene sulla base del rimborso delle spese realmente sostenute. I rimborsi, in coerenza con le altre fatturazioni, hanno cadenza mensile.

Nel caso di lunga assenza superiore ai 25 giorni continuativi in caso di turni sulle 12 ore e 45 giorni continuativi nel caso di turni sulle 24 ore, il soggetto gestore ne darà comunicazione scritta all'Azienda USL che si farà carico del rimborso della sostituzione individuata. Il costo relativo a questa sostituzione dovrà essere rendicontato separatamente.

In caso di diminuzione del personale sanitario rispetto a quanto previsto dal presente contratto, l'AUSL si riserva di procedere alla proporzionale riduzione del rimborso economico.

I termini e le condizioni di pagamento nonché le sanzioni in caso di ritardo nei pagamenti, sono indicati nel precedente Art. 12.7.

## **ART. 12 INTERESSI DI MORA**

1. I pagamenti del committente al gestore devono essere effettuati entro i termini previsti all'Art. 11.6.
2. In caso di superamento del termine sono dovuti gli interessi di mora come previsto dalla normativa di riferimento (D.Lgs. 192/2012)

## **ART. 13 CONTINUITA' DEL SERVIZIO**

L'erogazione del servizio agli utenti, così come programmato, non può essere interrotta o sospesa se non per cause di forza maggiore.

In caso di interruzione o sospensione degli interventi e servizi, per cause indipendenti sia dalla volontà dei committenti che del gestore, quest'ultimo dovrà apprestare tutte le più opportune misure per affrontare le situazioni di emergenza ed informare gli utenti. Il gestore avrà cura di informare tempestivamente i committenti sulle motivazioni e cause della interruzione o sospensione.

In caso di interruzione o sospensione di interventi e servizi derivanti da volontà dei committenti, per esigenze di pubblico interesse, i committenti s'impegnano a darne congruo preavviso al gestore per consentire l'opportuna informazione dell'utenza.

Qualora intervengano nel corso del presente contratto di servizio, eventi imputabili al soggetto gestore che comportino una interruzione del servizio e salvo che non comportino una arbitraria interruzione dello stesso (a titolo meramente esemplificativo: manutenzione della sede del servizio, disinfestazione, ...) è fatto obbligo al soggetto gestore di darne comunicazione con congruo preavviso di minimo cinque giorni ai committenti mediante PEC ai rispettivi indirizzi di riferimento ed all'utenza mediante avviso da affiggere nei luoghi preposti della Casa Residenza per anziani e/o mediante idonea comunicazione atta a raggiungere lo scopo informativo. L'interruzione dell'erogazione su istanza del soggetto gestore dovrà essere subordinata alla autorizzazione preventiva dei committenti.

Al di fuori dei casi espressamente previsti dal presente atto o dalla legge, l'interruzione del servizio è sempre e comunque vietata.

## **ART. 14 RISORSE UMANE**

Per tutto il personale presente nel servizio deve essere assicurato il rispetto dei contratti di lavoro di riferimento, inclusa la contrattazione di secondo livello e le relative indennità.

Il soggetto gestore provvede alla fornitura delle divise - differenziandole nei colori, per favorire la identificazione del ruolo da parte dell'anziano - e dei dispositivi di protezione individuale per il personale socio-assistenziale, infermieristico e riabilitativo.

Il personale impegnato nella realizzazione degli interventi e servizi, oggetto del presente contratto, deve essere fornito delle **qualifiche professionali** prescritte dalle normative nazionali e regionali.

A tal fine il soggetto gestore assicura la stabilità degli operatori assistenziali, quale condizione organizzativa in grado di assicurare la conoscenza degli ospiti e la condivisione di metodi e strumenti da parte delle figure professionali, elementi che contribuiscono al benessere dell'utenza ed alla qualificazione della assistenza.

Il soggetto gestore assicura, inoltre, l'adozione di politiche e di modalità di gestione delle risorse umane, tese al contenimento del turnover (prevenendo possibili effetti dequalificanti l'assistenza) ed in grado di prefigurare la corretta gestione delle sostituzioni, in modo da garantire l'effettivo utilizzo del parametro precisato all'Art. 7.

Devono inoltre essere garantite le attività formative connesse all'applicazione delle norme in materia di sicurezza sul lavoro, antincendio, primo soccorso e HACCP.

Il soggetto gestore si impegna inoltre a promuovere e garantire la partecipazione degli operatori sociali e sanitari alle attività di formazione e/o aggiornamento professionale, finalizzate allo sviluppo delle competenze e dell'integrazione professionale tra i diversi ruoli presenti all'interno della struttura, anche attraverso modalità coordinate e promosse dai soggetti stipulanti. In particolare il gestore si impegna a garantire nell'anno la partecipazione degli operatori (socio sanitari e sanitari) ad attività di formazione e/o aggiornamento professionale nella misura minima di almeno 12 ore annuali individuali per il personale socio-assistenziale e, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di Formazione Continua, per il personale sanitario.

Il soggetto gestore si impegna altresì a far partecipare il proprio personale a eventuali corsi di formazione promossi dalla committenza su temi particolarmente rilevanti.

Il gestore si impegna inoltre a promuovere la partecipazione ad attività della Casa Residenza da parte di volontari singoli e/o associati, sulla base di progetti condivisi e previa attivazione delle necessarie assicurazioni; è disponibile alla collaborazione con Università ed Enti di Formazione, per la realizzazione di stage e percorsi di tirocinio formativo.

Il personale e i collaboratori del gestore, con riferimento alle prestazioni oggetto del presente contratto, dovranno osservare, per quanto compatibili con il ruolo e l'attività svolta, gli obblighi di condotta previsti dal Codice di Comportamento dei dipendenti del Comune di Castelfranco Emilia, approvato con Deliberazione della Giunta Comunale n. 9 del 30/01/2014.

## **ART. 15 RISORSE PATRIMONIALI**

L'Ente gestore si impegna a predisporre, un manuale interno relativo agli aspetti della tutela e sicurezza degli ospiti, nell'ambito del quale dovranno essere esplicitati gli aspetti relativi all'analisi dei rischi, derivanti dagli elementi strutturali della residenza e dagli aspetti organizzativi del servizio e delle successive modalità di controllo. L'Az. USL effettuerà i controlli prescritti dalla normativa vigente, avvalendosi anche dei nuclei periferici e della Commissione prevista dalla D.G.R. n. 564/2000 e ss.mm.ii.(ai sensi della Direttiva 564/2000 il soggetto competente ad emanare il provvedimento finale è il Comune, il soggetto deputato all'istruttoria è la Commissione Tecnica istituita presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Az.USL).

## **ART. 16 ASSICURAZIONI**

### **POLIZZA RCT/RCO**

Il gestore si impegna a stipulare, con una primaria Compagnia di Assicurazione, una polizza RCT/RCO per la copertura assicurativa di eventuali danni arrecati a terzi, inclusi gli utenti del servizio (dove gli utenti sono considerati anche terzi tra loro) i committenti e prestatori di lavoro, a seguito dell'espletamento delle attività descritte nel presente contratto e per tutta la durata del medesimo.

Tale assicurazione dovrà prevedere alla sezione Responsabilità Civile verso Terzi un massimale unico non inferiore a € 2.500.000 e le seguenti estensioni di garanzia:

- espressa rinuncia al diritto di surroga ex Art. 1916 C.C. nei confronti delle amministrazioni soggetti committenti, dei suoi dipendenti e amministratori;
- conduzione dei locali, strutture e beni loro consegnati, inclusa l'eventuale concessione dei medesimi a terzi per utilizzi quali convegni, riunioni, eventi e altri;
- r.c. derivante dalla somministrazione di cibi e bevande;
- committenza di lavori e servizi;
- danni a cose di terzi da incendio;
- danni subiti da persone non in rapporto di dipendenza con il gestore, che partecipino a diverso titolo ad attività oggetto del contratto, quali soci, volontari, collaboratori, corsisti, etc.;
- danni arrecati a terzi da dipendenti, da soci, da volontari, collaboratori e/o da altre persone – anche non in rapporto di dipendenza con il gestore – che partecipino a qualsiasi titolo all'attività oggetto del contratto;
- responsabilità civile personale dei dipendenti, soci, collaboratori in genere;
- danni derivanti da prestazioni di assistenza infermieristica, compresa somministrazione di farmaci; è compresa la responsabilità personale e professionale degli infermieri utilizzati per i servizi prestati.

La polizza, alla sezione Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (RCO) dovrà prevedere un massimale non inferiore a € 2.500.000 per sinistro con il sottolimito di € 1.000.000 per singola persona infortunata e dovrà operare per gli infortuni sofferti da Prestatori di lavoro addetti all'attività svolta (inclusi soci, volontari non assicurati dall'organizzazione di appartenenza e altri collaboratori o prestatori di lavoro, dipendenti e non, di cui l'assegnatario si avvalga), comprese tutte le operazioni di attività inerenti, accessorie e complementari, nessuna esclusa né eccettuata.

La polizza dovrà prevedere le seguenti estensioni di garanzia:

- danni non rientranti nella disciplina INAIL;
- Buona Fede INAIL;
- Malattie professionali.

## POLIZZA RCA

Il gestore dovrà provvedere a stipulare idonea copertura assicurativa RCA obbligatoria, a norma del decreto legislativo n. 209/2005 con un massimale unico non inferiore a € 6.000.000, per ogni veicolo utilizzato per il servizio affidato.

La polizza dovrà, inoltre, prevedere le seguenti clausole:

- Rinuncia alla rivalsa;
- RC dei terzi trasportati;
- Ricorso terzi da incendio.

L'esistenza e la validità delle coperture assicurative nei limiti minimi previsti dovranno essere documentate con deposito di copia delle relative polizze quietanziate, nei termini richiesti dalla committenza e in ogni caso prima della stipulazione del contratto, fermo restando che tali assicurazioni dovranno avere validità per tutta la durata del contratto. A tale proposito, al fine di

garantire la copertura assicurativa senza soluzione di continuità, il gestore si obbliga a produrre copia dei documenti attestanti il rinnovo di validità delle anzidette assicurazioni ad ogni loro scadenza.

Resta precisato che costituirà onere a carico del soggetto gestore, il risarcimento degli importi dei danni, o di parte di essi, che non risultino risarcibili in relazione alla eventuale pattuizione di scoperti e/o franchigie contrattuali ovvero in ragione di assicurazioni insufficienti, la cui stipula non esonera il gestore stesso dalle responsabilità su di esso incombenti a termini di legge, né dal rispondere di quanto non coperto, totalmente o parzialmente, dalle sopra richiamate coperture assicurative.

Qualora il gestore abbia già attiva una copertura assicurativa con i medesimi contenuti, esso dovrà produrre specifica dichiarazione, rilasciata dall'Assicuratore, di capienza e pertinenza della garanzia in essere, specificando o integrando la polizza in essere per renderla perfettamente conforme a quanto previsto dal presente articolo.

#### **ART. 17 DANNI A PERSONE O COSE**

Il gestore sarà sempre direttamente responsabile dei danni eventualmente causati ai suoi dipendenti, alle attrezzature che possono derivare da comportamenti di terzi e sarà sempre direttamente responsabile di danni di qualunque natura che risultino arrecati a persone o a cose dal proprio personale e in ogni caso dovrà provvedere senza indugio e a proprie spese alla riparazione e/o sostituzione delle parti e degli oggetti danneggiati.

#### **ART. 18 MONITORAGGIO DELLA REGOLARE ESECUZIONE DEL CONTRATTO**

Le attività inserite nel presente contratto di servizio sono oggetto di monitoraggio, valutazione e controllo sotto i profili della qualità e della appropriatezza: a tale scopo, il soggetto gestore è tenuto a presentare apposita relazione, a cadenza annuale, per ciascun servizio, secondo le previsioni della DGR 514/2009 e ss.mm.ii., attraverso l'utilizzo di apposita scheda con indicatori, numerici e di processo, che favorisce la descrizione del funzionamento del servizio con riferimento al modello di gestione unitario e integrato, previsto dal sistema di accreditamento nonché ad assicurare ai committenti piena collaborazione nello svolgimento di queste attività di verifica. A tal proposito il gestore consentirà alla parte committente la possibilità di accedere nella struttura in qualsiasi momento della giornata al fine di verificare le modalità di erogazione delle attività oggetto del presente contratto. Tale monitoraggio può essere integrato con l'attività dell'Organismo Tecnico di ambito Provinciale, teso a verificare la presenza dei requisiti e delle condizioni individuati nell'Atto di Accreditamento.

Il controllo sulla regolare esecuzione del contratto di servizio avviene, da parte della committenza, anche attraverso gli organismi già istituiti preposti alla vigilanza di cui alla DGR 564/2000 e ss.mm.ii..

#### **ART. 19 SOSPENSIONE O RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER INADEMPIMENTO.**

1. La sospensione o caducazione dell'accreditamento comportano rispettivamente la sospensione dell'esecuzione o la risoluzione di diritto del presente atto, senza la maturazione di indennizzi o simili a favore del gestore per il periodo ulteriore e successivo.

2. Il soggetto gestore dovrà garantire che l'esecuzione del servizio sia conforme a quanto previsto nel contratto di servizio e nei suoi allegati. Nel caso in cui dovesse risultare che il soggetto gestore disattenda agli obblighi previsti nel presente contratto di servizio ovvero si riscontrassero gravi deficienze nelle attività della struttura, quali a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, inadempienze relative a dotazioni di personale in qualità e quantità diverse da quanto previsto dalle normative regionali in materia, mancato rispetto del debito informativo assunto verso la committenza, mancato rispetto dei principi e dei criteri che informano il sistema locale dei servizi a rete così come precisato dalla Legge Regionale n. 2/2003, la programmazione di attività non rispondenti agli indirizzi fissati o che danneggino l'immagine della struttura e della committenza, violazioni accertate rispetto alla fatturazione delle tariffe al FRNA e alla fatturazione delle tariffe agli utenti ecc., la committenza inoltrerà al soggetto gestore stesso apposita diffida ad adempiere mediante PEC, mettendo formalmente in mora il soggetto gestore, assegnando allo stesso un termine per adempiere agli obblighi contrattuali non minore di giorni 15 né maggiore di giorni 60. Tale termine decorre dal ricevimento della diffida da parte del soggetto gestore.
3. Il soggetto gestore deve garantire l'accesso alle strutture agli organismi di controllo (Organismo tecnico di Ambito Provinciale e Commissioni di Vigilanza).
4. Nel caso che le inadempienze del gestore pregiudichino la sicurezza degli utenti, la diffida di cui al punto precedente prevederà una esecuzione immediata degli adeguamenti.
5. Nel caso di inadempienze gravi o ripetute il contratto di servizio verrà risolto, restando a carico del soggetto gestore il risarcimento di eventuali danni ed il rimborso di eventuali spese derivanti alla committenza a questo riguardo.
6. Il soggetto gestore è tenuto a garantire il rispetto dei contratti di lavoro del personale ed assolvere a tutti gli obblighi da esso derivanti e conseguenti. In caso di inadempimento grave a tali obblighi il contratto di servizio sarà risolto.

## **ART. 20 MODALITA' DI REVISIONE DEL CONTRATTO**

Quando si verificano obiettive sopravvenienze fattuali o giuridiche, che siano tali da rendere non più confacente all'interesse pubblico il rapporto, si applica l'Art. 11, comma 4, della Legge n. 241/1990. L'indennizzo a favore del gestore viene convenuto in misura pari alle ultime tre mensilità del servizio comunque con esclusione di qualsiasi indennizzabilità del lucro cessante.

Costituiscono sopravvenienze ai fini in esame, in via esemplificativa e non esaustiva, le seguenti circostanze:

- aggiornamento della programmazione di ambito distrettuale;
- approvazione di nuove leggi o normative che incidano significativamente sull'organizzazione del servizio, anche sotto il profilo della diminuzione delle risorse a disposizione della committenza;
- modifica del sistema regionale di tariffazione dei servizi accreditati;
- modifica del sistema distrettuale di contribuzione degli utenti al costo dei servizi;
- modifica del sistema di accesso ai servizi;

- variazioni significative dell'andamento della domanda.

Quando si verificano i presupposti per una rinegoziazione del rapporto, il committente formula al gestore una proposta di modifica delle pattuizioni. Se le parti non raggiungono un'intesa sulla rinegoziazione entro 30 giorni dal ricevimento della proposta, la revoca o il recesso possono essere esercitati unilateralmente da parte del committente.

## **ART. 21 RECESSO**

A norma dell'Art. 1373 C.C., il committente può recedere da rapporto nei seguenti casi:

- abbandono da parte del soggetto gestore del servizio;
- sospensione ingiustificata e/o non autorizzata, anche parziale, del servizio, per un periodo superiore a 24 ore;
- gravi azioni lesive della dignità della persona rivolte agli utenti, da parte del personale incaricato;
- deficienza o negligenza nel servizio quando la gravità e la frequenza delle infrazioni, debitamente accertate o contestate, compromettano il regolare svolgimento del servizio stesso;
- nel caso di cessione o trasferimento d'azienda;
- in caso di impossibilità ad eseguire il contratto anche in conseguenza di una causa non imputabile al gestore;
- per mancato rispetto del termine di adempimento assegnato dalla committenza, eccetto i casi di comprovata ed accertata forza maggiore o caso fortuito e per fatti assolutamente non imputabili al committente, fatto salvo quanto previsto all'Art. 21 e l'eventuale risarcimento del maggior danno;
- in tutti i casi di pubblico interesse.

## **ART. 22 OBBLIGHI DEL SOGGETTO GESTORE**

Il soggetto gestore si assume l'impegno di:

1. eseguire, metodicamente e secondo le necessità del servizio, tutte le operazioni e le attività indicati nel presente contratto;
2. osservare tutta la normativa vigente sulla sicurezza e sull'igiene dei luoghi di lavoro ed in particolare comunicare i nominativi di tutte le figure previste dalla predetta normativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro;
3. eseguire tutte le direttive impartite dalla committenza ed informarla puntualmente e tempestivamente di qualunque fatto che ne renda opportuno o necessario l'intervento;
4. nominare un responsabile della conduzione e della esecuzione delle prestazioni e dei servizi oggetto del contratto, il quale fungerà da referente fra la committenza e il soggetto gestore per garantire l'efficace esecuzione delle attività oggetto del contratto;

5. rispettare tutte le norme vigenti in materia di igiene pubblica e di profilassi delle malattie infettive;
6. munire il personale in servizio di cartellino di riconoscimento;
7. garantire la fedele esecuzione del servizio in modo che le attività eseguite risultino a tutti gli effetti esattamente conformi alle prescrizioni del presente contratto;
8. garantire l'immediata sostituzione dei propri prestatori di lavoro qualora questi pongano in essere comportamenti in violazione del codice penale o contrari al buon costume, alla pubblica moralità, ecc.;
9. assicurare i flussi informativi inerenti i servizi socio-sanitari accreditati nei tempi e con le modalità definite dalla Regione. i soggetto gestori sono tenuti pertanto a rispettare quanto previsto dalle normative e dalle circolari regionali in materia.

#### **ART. 23 MODIFICHE**

Il presente contratto potrà essere modificato su accordo di tutte le parti sottoscrittrici ed esclusivamente per iscritto qualora, oltre alle ipotesi già espressamente nello stesso disciplinate, dovessero intervenire circostanze tali da non rendere ulteriormente proseguibile il medesimo contratto alle condizioni ivi pattuite.

#### **ART. 24 CONTROVERSIE**

Per qualsiasi controversia, relativa alla validità, all'interpretazione o all'esecuzione del presente contratto, essendo questo riconducibile alla categoria degli accordi di cui agli Artt. 11 e 15 della Legge 241/90, i contenziosi andranno proposti al Giudice Amministrativo.

#### **ART. 25 PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi e per gli effetti di cui agli Artt. 73, 85 e 86 del D.Lgs 196/2003 in combinato disposto tra loro, i servizi oggetto del presente contratto rivestono finalità di interesse pubblico. I committenti (Comuni e Az. USL) per le funzioni istituzionali ed il soggetto gestore del servizio in quanto tale, sono, ai sensi dell'Art. 4 lettera f) del D.Lgs 196/2003, titolari del trattamento dei dati personali e sensibili ed eventualmente giudiziari inerenti le attività oggetto del presente contratto e a essi spettano le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento dei dati medesimi e agli strumenti utilizzati, ivi compreso il profilo della sicurezza, rispetto ai quali si impegnano a sottoscrivere apposito atto di regolamentazione.

Il soggetto gestore del servizio, in quanto direttamente impegnato nella gestione del servizio medesimo, è individuato altresì quale responsabile del trattamento dei dati, ai sensi della lettera g) del sopracitato articolo e in qualità di responsabile preposto al trattamento dei dati individuerà con apposito atto scritto gli incaricati, ossia le persone fisiche autorizzate a compiere le operazioni di trattamento dei dati stessi.

I provvedimenti di nomina sopracitati dovranno essere comunicati ai singoli titolari affinché vengano menzionati nel documento programmatico della sicurezza di ciascun ente.

Al Responsabile del trattamento compete a titolo indicativo e non esaustivo:

- rispettare le misure di sicurezza previste dalla legge;
- individuare gli incaricati, dando loro istruzioni scritte;
- informare prontamente il titolare di ogni questione rilevante ai fini della legge;
- predisporre, con cadenza annuale, un rapporto scritto in merito agli adempimenti eseguiti ai fini della legge e alle conseguenti risultanze.

#### **ART. 26 FORMA, CONTENUTO ED ESECUZIONE DEL CONTRATTO**

La stipulazione formale del contratto avverrà in forma di scrittura privata registrabile solo in caso d'uso. Le spese di registrazione sono poste a carico del richiedente.

#### **ART. 27 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO**

L'interpretazione del contratto deve essere fatta tenendo conto delle finalità del medesimo e della comune intenzione delle parti, per ogni altra evenienza trovano applicazione gli Artt. da 1362 a 1369 del C.C..

#### **ART. 28 ELEZIONE DEL FORO**

Per qualsiasi controversia relativa alla validità, all'interpretazione e/o all'esecuzione del presente contratto il Foro competente è quello di Modena.

#### **ART. 29 NORME FINALI**

Per tutto ciò che non è espressamente previsto nel presente contratto si applicano le norme del Codice Civile e le altre normative vigenti che regolano la materia, in quanto applicabili e compatibili con la natura dell'atto.

Atto letto e sottoscritto dai contraenti e dagli stessi approvato per essere in tutto conforme alla loro volontà, atto che si compone – unitamente agli allegati - di n. 47 (quarantasette) pagine, che viene firmato dalle parti in modalità elettronica secondo le norme vigenti: L. 15 marzo 1997 n. 59; DPR 10 novembre 1997 n. 513; DPCM 8 febbraio 1999; D.P.R 8 dicembre 2000 n. 445; D.L. 23 gennaio 2002 n. 10

Il Responsabile dei Servizi sociali, socio-sanitari e per l'integrazione  
Settore Servizi al Cittadino  
Comune di Castelfranco Emilia  
Dr.ssa Elena Zini

Il Responsabile del Settore Servizi alla Persona  
Comune di San Cesario sul Panaro  
Anna Maria Quattrini

Il Responsabile del Settore Unico politiche sociali e socio-sanitarie  
Unione del Sorbara  
Dr.ssa Claudia Bastai

Il Direttore dell'Az. USL di Modena – Distretto di Castelfranco Emilia  
Dott.ssa Antonella Dallari

Il Presidente di Kedos  
Franca Guglielmetti

Allegato a) al **CONTRATTO DI SERVIZIO PER LA REGOLAMENTAZIONE DI RAPPORTI RELATIVI AL SERVIZIO ACCREDITATO DEFINITIVAMENTE AI SENSI DELLA DGR 514/2009 E SS.MM.II. DI CASA RESIDENZA PER ANZIANI “PARCO DELLA GRAZIOSA” DI CASTELFRANCO EMILIA SITA IN VIA MADRE TERESA DI CALCUTTA N. 1/a 1/b.**

**Condizioni di gestione del Servizio per l'anno 2016.**

**MODALITÀ DI REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO (ART. 7.1 del Contratto di servizio)**

Il soggetto gestore realizzerà il servizio accreditato assicurando i requisiti sotto-specificati coerentemente con quanto previsto dalla DGR 273/2016.

<b>Sede</b>	<b>Numero utenti/ classificazione (da aggiornare annualmente in base alla programmazione territoriale)</b>	<b>Rapporto personale assistenziale/ospite</b>
Castelfranco Emilia, via Madre Teresa di Calcutta n. 1/a 1/b	n. 20 posti accreditati A: 6 B: 6 C: 8 D: 0	non inferiore a 1:2 per utenti di livello A e B, 1:2,6 per utenti di livello C, 1:3,1 per utenti di livello D. Presenza di un animatore a 36 ore settimanali ogni 60 ospiti; un coordinatore ogni 60 ospiti, una RAA per ogni nucleo.

**PRESTAZIONI AGGIUNTIVE (ART. 7.2 del Contratto di servizio)**

**Prestazioni infermieristiche integrative**

Per l'anno 2016 si prevede un incremento di monte ore forfettario di prestazione infermieristica di 504 ore annuali a sostegno del turno infermieristico notturno.

Alla dotazione infermieristica prevista all'ART.6 punto b) del contratto di servizio si aggiungono pertanto n. 0,33 unità di personale per un totale complessivo di 3321 ore annuali da erogare.

**COSTO DI RIFERIMENTO DEL SERVIZIO, QUOTE DI CONTRIBUZIONE DEGLI UTENTI E QUOTE A CARICO DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (ART. 11.1-11.2-11.3 del Contratto di servizio).**

Fino al 31/12/2016 si individua una tariffa giornaliera unitaria omnicomprensiva pari ad € 88,20 a ospite, già al netto delle quote finanziate dal FSN, di cui:

€ 38,15 die ospite a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza;

€ 50,05 die ospite a carico dell'utente/ovvero a carico del Comune di residenza in misura in caso di integrazione totale o parziale della retta;

	<b>Valutazione del bisogno assistenziale dell'ospite</b>	€ 91,90	€ 91,90	€ 82,65	€ 77,15
<b>POSTI ACCREDITATI N° 20</b>		<b>A 6</b>	<b>B 6</b>	<b>C 8</b>	<b>D 0</b>
		<b>Tariffa unitaria omnicomprensiva € 88,20</b>			
		<b>Quota a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza a € 38,15</b>			

Per quanto riguarda i casi rientranti in quelli previsti dalla DGR 2068/2004 e s.m.i. (gravissima disabilità acquisita) la fatturazione mensile dovrà pervenire separatamente come di seguito indicato:

- \* € 14,00 die a ospite a carico del Fondo sanitario regionale (ai sensi della DGR 557/2014)
- \* € 68,31 die a ospite a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza;
- \* € 5,89 die a ospite a carico del Fondo sanitario regionale;

Tutte le quote a carico dell'utente rimangono a carico dell'utente/ovvero sono poste a carico del Comune di residenza in caso di integrazione totale o parziale della retta come da Regolamenti Comunali/dell'Unione in vigore disciplinanti i criteri di contribuzione ai servizi da parte degli utenti.

Gli importi sono inclusi di IVA e IRAP se dovuti e qualora non diversamente specificato.

Il soggetto gestore deve quantificare, per il periodo 01/01/2016-31/07/2016, la differenza giornaliera die/ospite fra il costo di riferimento al 31/12/2015 ed il nuovo importo in vigore dal 01/01/2016; tale importo è posto a carico del FRNA.

Allegato 01

DGR/ 514/ 2009, DGR 1378,

“ Documento sull'integrazione dei ruoli professionali e sui vari livelli di coordinamento sanitario nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani”

## Il Responsabile dell'attività sanitaria di Struttura

### Premessa :

*L'assistenza assicurata dalla struttura all'ospite utente deve avere un carattere unitario, il più possibile legato al progetto complessivo di vita della persona, e non si identifica con la somma più o meno articolata delle prestazioni sociali o sanitarie erogate.*

Da qui discende la necessità di offrire una **assistenza integrata**, basata su processi assistenziali effettivamente intrecciati, favoriti da un modello organizzativo e gestionale che si fa carico sia nel suo assetto che nel suo funzionamento della dimensione integrazione. Dove per *integrazione* si intende: *organizzare e governare le diverse componenti del servizio come un unico sistema, rispettando e valorizzando le differenze e le interdipendenze reciproche, in funzione degli obiettivi comuni dell'organizzazione, ossia la soddisfazione dei bisogni degli utenti, delle persone nella loro unitarietà e unicità.*

Per garantire tali caratteristiche la struttura deve innanzitutto avere un *punto di sintesi*: il Coordinatore Responsabile (CR) assolve appunto a questa essenziale funzione.

Il CR è colui che presidia il complesso dell'attività assistenziale e l'integrazione fra le parti del servizio in funzione dei comuni obiettivi di benessere per gli anziani.

**Il responsabile dell' attività sanitaria opera all'interno delle strutture in collaborazione con il coordinatore e la direzione del servizio. La sua attività è assicurata da un operatore sanitario, di norma da un infermiere, ed è aggiuntiva degli standard dell'assistenza infermieristica.**

*Nell'ambito della struttura, il Coordinatore delle Attività Sanitarie (CS) – ruolo di norma ricoperto da un infermiere - dipende dal *Coordinatore responsabile* da un punto di vista organizzativo gestionale, in particolare per gli aspetti inerenti all'organizzazione dell'assistenza, e dal *Medico di struttura* per ciò che riguarda gli aspetti tecnico professionali inerenti all'attività sanitaria e connessi alle funzioni di diagnosi e cura.*

Al CS riferiscono gli IP che operano nella struttura.

Lo scopo della posizione è *prevalentemente tecnico professionale*, senza con ciò escludere alcuni aspetti di gestione operativa.

### **Si occupa, in accordo con il coordinatore della struttura, dell'organizzazione di turni del personale infermieristico e riabilitativo, della programmazione degli orari di lavoro e delle ferie**

Il CS – in raccordo con le linee assistenziali elaborate dalla struttura e con il Medico di struttura – definisce, con la collaborazione degli infermieri, l'impostazione dell'attività infermieristica e promuove lo sviluppo della qualità dell'assistenza infermieristica all'interno della struttura.

Sul piano organizzativo - gestionale il CS coordina il personale infermieristico definendo - in stretta coerenza con le indicazioni del CR – i turni del personale e i tempi dell'assistenza infermieristica, al fine di garantire la migliore integrazione possibile fra le risorse infermieristiche e gli altri operatori sociali e sanitari della struttura.

Il CS tiene conto dell'organizzazione sanitaria di tutta la Struttura ivi compreso il Centro Diurno. In accordo col CR ne soddisfa i bisogni sanitari tenendo conto dell'organizzazione su tutta la Struttura e comunque tenendo conto che i riferimenti normativi sono di un infermiere nel rapporto minimo di 3 ore settimanali sino a 14 utenti e 4 ore settimanali per 15 o più utenti, per assicurare la partecipazione alla definizione dei piani individuali di assistenza e la valutazione della necessità di interventi infermieristici. In aggiunta con presenza programmata per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai piani individuali di assistenza.

### **Definisce la programmazione qualitativa e quantitativa del materiale ad uso sanitario, identifica le modalità per l'approvvigionamento di farmaci, presidi e di rapporto con l'AUSL e le ditte fornitrici.**

Garantisce l'approvvigionamento e l'utilizzo dei farmaci e dei presidi nel rispetto dell'appropriatezza delle cure.

Mantiene col CR ( O la segreteria ) uno stretto rapporto per quanto riguarda gli acquisti di competenza del gestore ( vedi contratti di servizio).

### **Collabora con il personale sanitario, il coordinatore della struttura e i responsabili di nucleo nella formulazione dei piani di lavoro del servizio.**

Presidia in generale i processi e gli esiti dell'assistenza infermieristica nella struttura e valuta il comportamento professionale degli infermieri. Interviene, in particolare, nella gestione dei casi complessi e problematici, svolgendo funzioni di supervisione e supporto rispetto ai collaboratori.

### **Partecipa agli incontri di verifica periodici con i responsabili di nucleo e con il coordinatore della struttura.**

Partecipa, per quanto di competenza, ai momenti di coordinamento previsti e porta il suo contributo all'impostazione complessiva dell'attività assistenziale della struttura.

## **I Sistemi di Coordinamento**

I principali sistemi di coordinamento che possono garantire una gestione integrata ed efficace dei processi gestionali ed assistenziali all'interno della struttura sono:

### Comitato direttivo.

Partecipano il Coordinatore Responsabile – il Medico di struttura, il Coordinatore della Attività Sanitarie (infermieristiche) e il Responsabile Amministrativo.

Il comitato ha lo scopo di garantire una impostazione unitaria di governo della struttura; in particolare esso esamina i piani delle diverse funzioni in rapporto al piano di struttura verificandone la compatibilità. Verifica lo stato di avanzamento dei piani e il grado di raggiungimento degli obiettivi e propone gli aggiustamenti necessari. Discute e valida progetti particolari. Favorisce lo sviluppo di un comportamento omogeneo a livello direzionale e l'integrazione fra le diverse componenti dell'organizzazione. Affronta particolari problematiche di rilevanza per tutta la struttura.

### Comitato operativo.

Partecipano il Direttore, il Medico, il Coordinatore della Attività Sanitarie (infermieristiche), i RAA ed eventualmente gli Animatori, i TdR e gli Ip.

Traduce le linee definite dalla direzione della struttura in un modello assistenziale, professionale, operativo, fondato sulla crescita degli operatori e sul miglioramento delle modalità di lavoro in funzione della qualità, sulla forte integrazione delle diverse componenti disciplinari e professionali, sulla continua regolazione degli approcci e delle prestazioni assistenziali in base ai riscontri oggettivi forniti da una costante osservazione, rilevazione dei bisogni degli ospiti, valutazione dei risultati e delle criticità del processo assistenziale.

In particolare il Comitato esamina e verifica l'andamento dei programmi di Nucleo, in relazione al piano generale della struttura. Promuove progetti di miglioramento della qualità assistenziale a partire dai bisogni rilevati nell'ambito dell'attività assistenziale di nucleo. Assicura il giusto grado di omogeneità circa le modalità assistenziali ed i comportamenti professionali e gestionali all'interno dei Nuclei.

### Coordinamento di Nucleo

Partecipano RAA, Medico, il Coordinatore della Attività Sanitarie (infermieristiche); al bisogno partecipano eventualmente anche il TdR e l'Animatore. L'incontro ha un carattere organizzativo, orientato alla soluzione dei problemi inerenti alla gestione dell'attività assistenziale integrata di nucleo.

### Equipe di Nucleo

E' un incontro finalizzato all'integrazione professionale e organizzativa degli operatori di assistenza. L'équipe è il momento dell'elaborazione e dell'organizzazione dei piani di assistenza personalizzati integrati, della loro verifica in termini di esiti assistenziali globali e della regolazione/aggiustamento dei programmi stessi.

### Coordinamento sanitario

Partecipanti: il Medico, il TdR, il Coordinatore della Attività Sanitarie (infermieristiche) e gli IP.

Si tratta di un incontro di funzione riguardante i temi ed i problemi dell'area sanitaria. Ha come obiettivo l'esame e la valutazione degli aspetti specifici inerenti agli interventi terapeutici, riabilitativi e di assistenza infermieristica, in un'ottica professionale integrata di sinergia e di miglioramento della qualità. L'esame ed il confronto fra i ruoli ha come oggetto: le metodologie di intervento, le prassi, i protocolli, gli strumenti tipici dell'ambito sanitario; il recepimento e l'applicazione delle direttive in materia sanitaria; il rapporto con i servizi sanitari esterni alla struttura, con particolare riguardo alle competenze specialistiche che vengono coinvolte nella cura dell'anziano.

**Partecipa agli incontri multidisciplinari e di aggiornamento.**

**Partecipa alla identificazione dei bisogni formativi e di aggiornamento del personale infermieristico e riabilitativo ed alla programmazione e definizione delle relative attività, assicurando comunque un approccio e momenti integrati tra tutti gli operatori.**

**Assicura la definizione, l'attuazione e la manutenzione di procedure condivise per quanto riguarda la continuità assistenziale tra la struttura ed i servizi sanitari ospedalieri e territoriali favorendo i processi di accesso e dimissione per quanto riguarda gli invii al pronto soccorso, ricoveri e dimissioni ospedaliere, visite specialistiche e trasporti.**

**Garantisce l'applicazione delle procedure relative alla lettura dei bisogni sanitari.**

**Supervisiona, per quanto di competenza, la corretta elaborazione delle procedure e ne garantisce l'applicazione.**

**Definisce con il coordinatore della struttura le procedure che favoriscono l'integrazione tra gli operatori ed il corretto passaggio di informazione, a partire dall'utilizzo della cartella integrata al fine di garantire la continuità assistenziale.**

**Favorisce l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale anche al fine di garantire una corretta presa in carico e conseguente pianificazione assistenziale.**

**Individuazione delle soluzioni logistiche e delle modalità organizzative per**

## **L'effettuazione delle visite specialistiche**

- Favorisce il rispetto degli accordi e dei percorsi previsti dall'azienda in merito a visite domiciliari, percorsi preferenziali, consulenze etc...
- Coordina l'organizzazione dei controlli ambulatoriali e delle visite specialistiche (prenotazioni, trasporto, accompagnamento, eventuali ticket da pagare, etc...) in stretta collaborazione con la RAA.

Tutte le Residenze di Modena e Provincia sono state informatizzate col sistema ABC. Il CS rappresenta un punto di riferimento fondamentale per il CR Responsabile (che spesso è anche il super utente) per l'utilizzo e l'implementazione dei moduli ABC.

### **Le aree di maggiore interesse del programma ABC riguardano:**

- **La Gestione Anagrafica:** Contiene tutti i dati anagrafici dell'ospite (e in altra area anche dei dipendenti) con esperienze vissute, sociale, sensoriale, psico-relazionale, motorie, attività quotidiane, anamnesi, allergie, scadenze, Parenti / conoscenti (con relativi dati caratteristici) Il tutto corredato da un sistema di reportistica molto vasto.
- **I Diari:** attraverso questo strumento, gli operatori abilitati (Medici, infermieri, socio assistenziali..) seguono quotidianamente l'ospite, tracciando sul sistema tutti gli eventi che lo interessano.
  - Il monitoraggio delle Visite mediche, le cadute, i decubiti, le terapie mediche, le medicazioni, gli esami clinici e loro esiti, gestendo un sistema di "Alert" per tenere sotto diretto ed immediato controllo i fatti principali sui quali si deve porre particolare riguardo.
- Programmi di gestione degli eventi (non clinici) che interessano l'ospite (ma anche la struttura..) quali ad esempio i pasti e la gestione delle diete (con relativa preparazione pasti da parete della cucina), l'alvo (e problemi relativi..), la notte, le docce ed i letti.
- La gestione di scale quali GEFI, BARTHEL MMSE, HANAU, TINETTI, BRADEN..
- I PAI: vengono gestiti e monitorati sul sistema i Piani Assistenziali individuali (PAI) per ogni PAI vengono definiti, oltre ai dati caratteristici, gli Obiettivi e le Azioni seguedone poi l'evoluzione nel tempo.
- Per quanto riguarda i dati gestionali di struttura, sono disponibili strumenti per la Gestione delle rubriche, (telefoni, indirizzi, ecc.),
- Comunicazioni e Consegne: uno strumento estremamente semplice di posta interna consente a tutti gli operatori della struttura a qualunque livello di inviare / ricevere messaggi, eliminando di fatto le comunicazioni su foglietti vari.
- Gestione delle attrezzature: Consente una attenta gestione delle attrezzature della struttura, programmandone quelle con obblighi di scadenza (esempio caldaie, revisione di mezzi, verifiche varie ecc.)
- Magazzino: Gestisce tutti gli aspetti del magazzino, con dati sui consumi, sui livelli di scorte, sulle date di scadenza (alimentari o medicinali o..)
- Fornisce inoltre un importante ausilio per gli ordini ai fornitori, con listini ecc.
- Protocolli e piani di Lavoro: Fornisce un ausilio operativo per tenere ben organizzato l'archivio delle procedure, dei piani di lavoro ecc. (particolarmente sentito in fase di certificazioni ISO e di.. gestione poi.)

Allegato 02

Riferimenti:

“ Documento Regionale Emilia Romagna , la Casa Protetta, sviluppo delle integrazioni e ruoli chiave socio – assistenziali e sanitari” - Bologna 27 Giugno 1996

“ Valorizzazione del ruolo Infermiere documento regionale 2001”

“ Documento sull'integrazione dei ruoli professionali e sui vari livelli di coordinamento sanitario nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani”

**Titolo della posizione**

## **Infermiere nella Casa Residenza**

### ***Finalità della posizione***

- **Partecipa** alla identificazione dei bisogni di assistenza nella valutazione all'ingresso utilizzando gli strumenti di valutazione appositi, provvede all'accoglienza dell'ospite e della famiglia e contribuisce alla predisposizione della documentazione sociosanitaria, secondo prassi proprie della struttura.
- **Assiste**, in accordo con il medico, il coordinatore sanitario e il coordinatore responsabile della Residenza, nell'individuazione del modello e dei metodi di assistenza infermieristica della Struttura.
- **Elabora e propone** al medico programmi di assistenza infermieristica di nucleo ed individuali. Ne garantisce l'integrazione con i programmi di intervento socio – assistenziali.
- **Assicura** la realizzazione del programma nel rispetto degli standard qualitativi previsti e in particolare
  - a) - organizza la visita medica di routine ed eventuali visite specialistiche e affianca il personale medico nel corso della visita;
  - b)-cura l'intervento tempestivo del personale medico in caso di bisogno;
  - c) – cura le gestione dei farmaci e del materiale d'uso;
  - d) – segue la tenuta delle cartelle cliniche compilando la parte di sua competenza e assicurandone l'aggiornamento;
  - e) – realizza, in collaborazione del personale socio – assistenziale di nucleo, le indicazioni relative alle posture, alla riattivazione / mobilizzazione proposti dai fisioterapisti, mantenendo con essi costanti rapporti;
  - f)- controlla l'esatta rispondenza alle prescrizioni mediche delle diete predisposte;
  - g) – organizza e segue le visite specialistiche presso le strutture sanitarie esterne, richieste dal medico.

- **Assicura** l'integrazione della propria attività con l'intervento socio – assistenziale attraverso:
  - a) – l'elaborazione e l'attuazione di programmi integrati di nucleo;
  - b) – l'elaborazione e l'attuazione di programmi individuali integrati;
  - c) – l'adozione di metodologie di lavoro conseguenti;
  - d) – la partecipazione alle riunioni di nucleo ( organizzativa e per la stesura del PAI ).
  
- **Assicura** lo sviluppo della qualità delle prestazioni all'anziano attraverso:
  - a) – il rispetto degli standard di struttura e di nucleo;
  - b) – la promozione di atteggiamenti e di comportamenti professionali conseguenti;
  - c) – il confronto sia con i colleghi del servizio, che quelli di altre omologhe strutture.
  
- **Mantiene** rapporti con i familiari degli anziani, secondo le politiche proprie della struttura, al fine di fornire le informazioni sanitarie di competenza.
  
- **Cura** il proprio aggiornamento professionale, anche attraverso la partecipazione a specifici corsi per tutti gli aspetti inerenti la responsabilità di ruolo.

## Ruolo Fisioterapista

### Riferimenti normativi

**DGR 514** nell'allegato DB relativo ai ruoli viene specificato quanto segue:

a) Nel rapporto fisioterapista – utente vanno conteggiati i fisioterapisti in possesso della laurea in fisioterapia o di titoli riconosciuti equipollenti o equivalenti ai sensi della Legge n. 42 / 1999. Sino ad esaurimento possono essere conteggiati nel rapporto fisioterapista – utente anche i massofisioterapisti, privi di titolo equivalente, in servizio presso i servizi alla data di approvazione del presente provvedimento a condizione che:

- L'impiego dei massofisioterapisti non superi il 15 % del totale;
- Nel servizio sia comunque assicurata l'attività di almeno un fisioterapista.

b) Il responsabile delle attività sanitarie, di norma un infermiere, si occupa in accordo con il coordinatore della Struttura, dell'organizzazione di turni del personale infermieristico e **riabilitativo**, della programmazione degli orari di lavoro e delle ferie.

**Delibera regionale 1378** ( per l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti) nel punto 3.5 :

Nelle Strutture Residenziali per anziani non autosufficienti, le prestazioni riabilitative riguardano:

- 1) – Programmi individuali di riabilitazione, per gli ospiti che non possono rivolgersi ai normali presidi, su indicazione del fisiatra;
- 2) – Attività integrate con gli altri interventi della struttura nell'ambito dei programmi “globali” individuali e dei piani integrati di organizzazione per gruppi di ospiti;
- 3) – Attività di supporto e di consulenza al personale addetto all'assistenza di base ed al personale infermieristico per garantire continuità nelle azioni di riattivazione, mantenimento e rieducazione degli ospiti :
  - attività di consulenza per quanto concerne ausili, attrezzature, strumenti e suggerimenti utili alla collettività degli ospiti.

**Delibera 1 marzo 2000 n. 564** ( autorizzazione al funzionamento ).

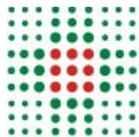
**Sono definiti i parametri nel rapporto di 1 Terapista della riabilitazione ogni 60 ospiti nella casa protetta e di 1 ogni 40 nella Rsa.**

## Obiettivi dell'assistenza fisioterapica nelle residenze

- **Fornire trattamenti riabilitativi** agli anziani che lo necessitano al fine di sviluppare, mantenere, contenere la perdita delle loro capacità residue e del loro grado di autosufficienza, e di realizzare le condizioni di benessere previste;
- **Svolgere attività di consulenza e di supporto** agli operatori, al fine di garantire la

continuità e l'efficacia degli interventi riabilitativi svolti con gli ospiti, di fornire agli adb le indicazioni e i metodi idonei per posturare e mobilizzare efficacemente gli anziani e di dare una valenza riabilitativa all'azione assistenziale degli operatori, per tutti gli aspetti e i momenti della vita dell'anziano in struttura;

- **Inserire l'intervento fisioterapico in una più ampia filosofia** sull'ospite partecipando ad una valutazione multidimensionale ( preceduta da una valutazione di tipo sanitario da parte del fisiatra o del medico di medicina generale) e alla realizzazione di un progetto individualizzato.



Dipartimento Farmaceutico  
Servizio Farmaceutico Territoriale

Il direttore

Modena, 28/05/2015

Allegato 04

**ALLEGATO RELATIVO ALLA FORNITURA DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI AUSILI E PROTESICA PER LE  
CASE RESIDENZA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

Premesso che in adempimento all'art. 8, lettera b) della legge n. 405/2001 è prevista l'erogazione diretta, da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in regime di assistenza residenziale e semiresidenziale si conviene quanto segue.

**BENI DI CONSUMO DI COMPETENZA DELL'AZIENDA USL DI MODENA**

**1) FARMACI**

I farmaci prescritti che saranno richiesti al servizio di Farmacia ospedaliera competente per Distretto, dovranno essere compresi nel Prontuario Terapeutico AVEN; possono, in caso di necessità, essere richiesti farmaci non inseriti in Prontuario attraverso una Richiesta Motivata Personalizzata (RMP). L'AUSL non rimborserà il costo dei farmaci per medicinali di fascia C acquistati presso Farmacie aperte al pubblico.

**2) DISPOSITIVI MEDICI E AUSILI**

Verranno richiesti alla Farmacia ospedaliera e/o al Magazzino Economale in base alle diverse competenze:

- **Dispositivi medici di uso corrente** e prodotti per l'alimentazione:

*		AGHI
	MONOUSO, AGHI A FARFALLA, AGHI CANNULA	
*		CATETERI ED
	ACCESSORI	
*		SONDE ED
	ACCESSORI	
*		DEFLUSSORI
	E REGOLATORI DI FLUSSO	

- \* OCCHIALI E  
MASCHERINE PER OSSIGENOTERAPIA
- \* SACCHI E  
CONTENITORI DI PLASTICA (sacchetti raccogli urina a circuito chiuso, sacca da gamba, da letto e urocontrol)
- \* SIRINGHE  
MONOUSO DI DIVERSE CAPACITA' E TIPOLOGIA
- \* LANCETTE  
PUNGIDITO E STIKS DIAGNOSTICI PER GLICEMIA CAPILLARE.
- \* NUTRIENTI  
PRE-MISCELATI PER ALIMENTAZIONE ENTERALE (sondino naso-gastrico e PEG) E PARENTERALE E PRODOTTI DIETETICI CORRELATI ALLE PATOLOGIE DI CUI AL D.M. SANITA' 1.07.1982 E AGGIORNAMENTI.
- **Dispositivi medici compresi nel DM 27/08/99 n. 332** “ Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell’ambito del servizio sanitario nazionale “

**Per questo gruppo di dispositivi (A,B, C e D), visto l’utilizzo personalizzato, deve prevedersi la richiesta nominale per singolo ospite**

- \* **Materiale di medicazione avanzato per la prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione come da protocollo Aziendale:**
  1. Alginati in placche e in nastro
  2. Collagenasi
  3. Idrocolloidi in placca (normali e sottili)
  4. Idrogel
  5. Schiume di Poliuretano adesive e non adesive
  6. Film di Poliuretano
- \* **Ausili per stomizzati** (placche, sacchetti per colo-ileo-urostomia, kits per irrigazione, sacche per svuotamento);
- \* **Ausili per laringectomizzati (cannule, controcanule, etc.);**
- \* **Assistenza Protesica:** la DGR 564/00 “Direttiva regionale per l’autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, handicap, anziani, malati di AIDS in attuazione della L. 34/98”, nella sezione dedicata alle strutture per anziani, relativamente ai requisiti minimi di arredi ed attrezzature idonee alla tipologia degli ospiti, precisa che devono essere garantiti da parte della Struttura (EG) a tutti gli ospiti che ne presentino la necessità: letti articolati ad altezza variabile

(e quindi le relative sponde e supporti per alzarsi da letto), materassi e cuscini antidecubito, l'Ente Gestore dovrà inoltre garantire la presenza di una dotazione di ausili per la mobilità ed il mantenimento delle autonomie funzionali residue (corrimano a parete, carrozzelle ad uso non personale ecc.) e le apparecchiature per l'erogazione dell'ossigeno (impianti fissi, concentratori di O2 o bombole) per l'utilizzo in urgenza o temporaneo. Si conviene che tutti i presidi per la mobilità (carrozzelle, deambulatori, quadripodi ecc) previsti negli elenchi 1 e 2 del Nomenclatore Tariffario, che vengano prescritti agli ospiti invalidi ai sensi del DM 332/99" Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del S.S.N.: modalità di erogazione e tariffe", dovranno essere erogati dai distretti solo in caso di **utilizzo personale**. Così come la fornitura di O2 e delle relative apparecchiature sarà a carico dell'Azienda USL solo per gli ospiti con prescrizione specialistica di ossigenoterapia a lungo termine o nel caso di utilizzo di apparecchiature come concentratori o ventilatori per tale terapia.

**Restano esclusi** i presidi per l'incontinenza ed il materiale di medicazione, in quanto il relativo costo è già ricompreso nella quota a rilievo sanitario, che sono quindi di competenza delle strutture convenzionate.

#### ***BENI DI CONSUMO DI COMPETENZA DELLE CASE RESIDENZA CONVENZIONATE PER ANZIANI***

- \* INTEGRATORI E DIETETICI PER OS
- \* STRUMENTARIO (forbici, pinze, bisturi)
- \* MATERIALE DI MEDICAZIONE (cotone, garze sterili e non , bende, cerotti tela/ carta/medicati, tamponi oculari, garze grasse, garze allo iodoformio)
- \* AUSILI PER L'INCONTINENZA (pannoloni mutandina, pannoloni, traverse, ausili con sistema di assorbenza )
- \* TERMOMETRI
- \* ENTEROCLISMI
- \* BORSE GHIACCIO
- \* BORSE ACQUA CALDA
- \* CONTENITORI IN PLASTICA PER FECI E URINE
- \* MASCHERINE DI CARTA
- \* DETERGENTI E COSMETICI
- \* CESTELLI PER FLEBO
- \* COSMETICI AD USO LOCALE
- \* ALCOOL DENATURATO

- \* DISINFETTANTI E ANTISETTICI NON RICOMPRESI NELLE SPECIALITA' MEDICINALI (tranne nel caso in cui siano utilizzati per la prevenzione e la protezione del personale infermieristico eventualmente ancora dipendente dall'Azienda USL di Modena addetto all'assistenza).
- \* GUANTI MONOUSO STERILI E NON, IN VINILE E LATTICE (tranne nel caso in cui siano utilizzati per la prevenzione e la protezione del personale infermieristico eventualmente ancora dipendente dall'Azienda USL di Modena addetto all'assistenza).

