

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Brescia

*Agenzia di Tutela della Salute di Brescia*

**Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia**

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - [www.ats-brescia.it](http://www.ats-brescia.it) - [informa@ats-brescia.it](mailto:informa@ats-brescia.it)

Posta certificata: [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 310

del 22/07/2016

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Integrazione Decreto n. 233 del 10.06.2016 ad oggetto: "Presenza d'atto sottoscrizione contratti con le Unità di Offerta Sociosanitarie per la definizione dei rapporti giuridici ed economici per l'anno 2016 unitamente alle schede finanziarie per l'assegnazione del budget di produzione definitivo per l'anno 2016 e conseguenti determinazioni".

**II DIRETTORE GENERALE - Dr. Carmelo Scarcella  
nominato con D.G.R. X/4615 del 19.12.2015**

Acquisiti i **pareri** del  
DIRETTORE SANITARIO  
del  
DIRETTORE SOCIOSANITARIO  
e del  
DIRETTORE AMMINISTRATIVO F.F.

Dr. Fabrizio Speziani  
Dr.ssa Annamaria Indelicato  
Dott.ssa Lara Corini



---

IL DIRETTORE GENERALE

Viste:

- la Legge Regionale n. 23 del 11.08.2015, ad oggetto: "Evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle Leggi Regionali in materia di Sanità)" e s.m.i.;
- la D.G.R. n. X/4468 del 10.12.2015 con la quale è stata costituita dal 01.01.2016 l'ATS di Brescia;
- la D.G.R. n. X/4702 del 29.12.2015, ad oggetto: "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016", recante, tra l'altro, gli schemi-tipo di contratto (Sub Allegato 10) per l'acquisto da parte delle ATS di prestazioni erogate dalla rete territoriale consolidata delle Unità di Offerta Sociosanitarie per l'anno 2016 corredato dalle clausole integrative da inserire nel testo contrattuale per ciascuna tipologia di struttura;
- la nota della Direzione Generale Welfare, Programmazione Rete Territoriale, Accreditamento Negoziazione Rete Territoriale, prot. n. 3988 del 02.02.2016, ricevuta in data 03.02.2016, protocollo ATS n. 0009789/16, con la quale è stato comunicato che, per mero errore materiale, nello schema-tipo di contratto (Sub Allegato 10 della D.G.R. n. 4702/2015) non è stata prevista la possibilità di fruire contemporaneamente del voucher di lunga degenza cui hanno diritto gli utenti CSS e della remunerazione a carico del FSR derivante dalla frequenza contemporanea di un CDD;
- la Circolare regionale n. 9 del 14.04.2016, ad oggetto: "Contratti 2016 per l'area delle unità di offerta consolidate della rete sociosanitaria";

Considerato che con la citata Circolare della Direzione Generale Welfare n. 9 del 14.04.2016 sono stati trasmessi a completamento e rettifica degli schemi negoziali allegati alla D.G.R. n. 4702 del 29.12.2015 i seguenti:

- schema-tipo per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI);
- schema tipo per l'acquisto di prestazioni dalle Unità di Offerta Sociosanitarie a diretta gestione di ASST;
- schema-tipo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto gestore di Unità di Offerta Sociosanitarie accreditate - Sub Allegato 10 alla D.G.R. n. 4702/2015 - rettificato per CSS/CDD, nella parte in cui, per mero errore materiale, prevedeva l'incompatibilità della contestuale presa in carico presso CSS e CDD;

Richiamato il Decreto D.G. n. 233 del 10.06.2016 ad oggetto: "Preso d'atto sottoscrizione contratti con le Unità di Offerta Sociosanitarie per la definizione dei rapporti giuridici ed economici per l'anno 2016 unitamente alle schede finanziarie per l'assegnazione del budget di produzione definitivo per l'anno 2016 e conseguenti determinazioni" ed in particolare gli allegati:

- "B" relativo lo schema-tipo di contratto ATS ASST;
- "C" recante lo schema-tipo di cui al Sub Allegato 10 alla D.G.R. n. 4702/2015 rettificato per CSS e CDD;

Preso atto che per mero errore materiale, negli allegati "B" e "C" al Decreto D.G. n. 233/2016 non sono state recepite le correzioni delle clausole integrative allo schema-tipo di contratto (Sub Allegato 10) della D.G.R. n. 4702/2015 successivamente formalizzate con la Circolare n. 9/2016;

Ritenuto conseguentemente di approvare quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, in sostituzione degli allegati "B" e "C" del Decreto n. 233/2016 i seguenti allegati:



- "B" ( composto da n. 12 pagine) recante lo schema-tipo di contratto per l'acquisto di prestazioni dalle Unità di Offerta Sociosanitarie a diretta gestione di ASST;
- "C" (composto da n. 13 pagine) recante lo schema-tipo di cui al Sub Allegato 10) alla D.G.R. n. 4702/2015 rettificato per CSS e CDD;

Accertato che i contratti sottoscritti per l'annualità 2016 con gli enti gestori delle Unità di Offerta CSS e CDD del territorio sono stati redatti correttamente in conformità agli schemi-tipo di cui alla Circolare n. 9/2016 allegati al presente provvedimento;

Vista la proposta del Responsabile dell'U.O. Acquisto e Remunerazione Prestazioni Socio-Sanitarie, Dott. Gian Franco Tortella, qui anche in qualità di Responsabile del procedimento, che attesta la regolarità tecnica del presente provvedimento;

Dato atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;

Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario, Dr. Fabrizio Speziani, del Direttore Sociosanitario, Dr.ssa Annamaria Indelicato e del Direttore Amministrativo f.f., Dott.ssa Lara Corini che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

#### D E C R E T A

- a) per le motivazioni in premessa richiamate, di approvare quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento gli allegati:
  - "B" (composto da n. 12 pagine) recante lo schema-tipo di contratto per l'acquisto di prestazioni dalle Unità di Offerta Sociosanitarie a diretta gestione di ASST;
  - "C" (composto da n. 13 pagine) recante lo schema-tipo di cui al sub allegato 10) alla D.G.R. n. 4702/2015 rettificato per CSS e CDD;in sostituzione degli allegati "B" e "C" al Decreto D.G. n. 233 del 10.06.2016;
- b) di dare atto che i contratti sottoscritti per l'annualità 2016 con gli enti gestori delle Unità di Offerta CSS e CDD del territorio sono stati redatti correttamente in conformità agli schemi-tipo di cui alla Circolare n. 9/2016 allegati al presente provvedimento;
- c) di dare atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;
- d) di trasmettere copia del presente provvedimento a cura della U.O. Acquisto e remunerazione Prestazioni Socio-Sanitarie:
  - alla Regione Lombardia, all'indirizzo di posta elettronica: [welfare\\_reteterritoriale@regione.lombardia.it](mailto:welfare_reteterritoriale@regione.lombardia.it);
  - alle A.S.S.T. degli Spedali Civili di Brescia, della Franciacorta e del Garda ai rispettivi indirizzi di posta elettronica: [direttore.sociosanitario@asst-spedalivicilidibrescia.it](mailto:direttore.sociosanitario@asst-spedalivicilidibrescia.it); [direzione.sociosanitaria@asst-franciacorta.it](mailto:direzione.sociosanitaria@asst-franciacorta.it); [direzione.sociosanitaria@asst-garda.it](mailto:direzione.sociosanitaria@asst-garda.it);
- e) di comunicare a cura dell'U.O. Acquisto e Remunerazione Prestazioni Socio-Sanitarie, l'avvenuta pubblicazione all'Albo *on-line* dell'Agenzia agli enti gestori delle CSS e CDD del territorio dell'ATS di Brescia;
- f) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009;
- g) di disporre, a cura della U.O. Affari Generali, la pubblicazione all'Albo *on-line* - sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, e dell'art. 32 della L. n. 69/2009, ed in conformità al D.Lgs. n. 196/2003 e secondo le modalità stabilite dalle relative specifiche tecniche.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale  
Dr. Carmelo Scarcella

## SCHEMA DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA ATS E ASST IN QUALITÀ DI SOGGETTO GESTORE DI UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIE ACCREDITATE

Tra

l'Agenzia di Tutela della Salute ... (di seguito ATS), con sede legale nel Comune di ... in via ... n. ..., codice fiscale ... partita IVA ..., nella persona del Direttore Generale, o suo delegato, dott. ... nato a ... il ..., domiciliato per la carica presso la sede della ATS

e

la Azienda Socio Sanitaria Territoriale (di seguito ASST) con sede legale nel Comune di ... in via ... n. ..., codice fiscale ... partita IVA ..., nella persona del Direttore Generale, o suo delegato, dott. ... nato a ... il ... residente nel Comune di ... via ... n. ... codice fiscale ..., in qualità di legale rappresentante o suo delegato, per l'unità d'offerta sociosanitaria ... (*tipologia*) denominata ..., con sede nel Comune di ... in via ... n. ..., codice di struttura n. ..., accreditata con ... (*Deliberazione o Decreto*) n. ... del ... per ... (*posti o prestazioni*) di seguito denominato soggetto gestore;

Premesso che:

- la ATS, ai sensi della programmazione regionale, si avvale del soggetto gestore per la suddetta unità d'offerta sociosanitaria per ... (*specificare n. posti o n. prestazioni*);
- il soggetto gestore mette a disposizione della ATS i suddetti posti o prestazioni accreditati che verranno remunerati secondo le tariffe regionali vigenti e le modalità stabilite dal presente contratto;
- (*con riferimento esclusivo alle unità di offerta nelle quali è prevista compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza*) il soggetto gestore di unità d'offerta nelle quali è prevista una compartecipazione al costo delle prestazioni erogate per la parte non a carico del FSR, ha provveduto a comunicare alla ATS, come da documentazione allegata al presente contratto, le rette giornaliere dallo stesso praticate agli ospiti, e si impegna a trasmettere con tempestività alla ATS eventuali variazioni che dovessero intervenire. A tale riguardo si dà atto che la retta viene corrisposta direttamente alla Struttura da parte dell'assistito, o di coloro che, eventualmente, abbiano un impegno al riguardo con la medesima Struttura, in virtù di un rapporto contrattuale di natura privatistica che impegna le Parti stesse.

Si stipula quanto segue

### ARTICOLO 1. Oggetto del contratto

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto che definisce i rapporti giuridici ed economici derivanti dall'erogazione di prestazioni sociosanitarie da parte del soggetto gestore in relazione all'esercizio della unità d'offerta di cui in premessa, con oneri a carico della Fondo Sanitario Regionale, secondo le tariffe stabilite da Regione Lombardia e fatta salva la partecipazione ai costi da parte dell'utente, ai sensi della vigente normativa.

### ARTICOLO 2. Obblighi del soggetto gestore

Il soggetto gestore, con la sottoscrizione del presente contratto, dichiara di conoscere e si impegna ad applicare le norme generali statali e regionali e quelle specifiche della unità d'offerta oggetto del presente contratto.

L'ente gestore si impegna inoltre a:

- a) concorrere al rispetto e all'attuazione dei principi, delle indicazioni e degli adempimenti previsti dalla L.R. n. 33/2009 così come modificata dalla L.R. 23/2015a carico degli enti gestori;
- b) verificare che all'atto dell'accesso gli assistiti abbiano le caratteristiche e manifestino le condizioni di bisogno previste per il tipo di unità d'offerta gestito;
- c) *(con esclusione delle unità di offerta ambulatoriali e delle prestazioni a totale carico del Fondo Sanitario regionale)* informare il comune di residenza degli assistiti dell'accesso all'unità d'offerta o, nei casi in cui l'accesso sia disposto d'urgenza, dell'accettazione del ricovero. In caso di presa in carico di cittadini non lombardi, con oneri a carico del FSR della Regione di origine, dovrà essere richiesto il preventivo assenso da parte di quest'ultima;
- d) informare l'assistito, il suo legale rappresentante e i suoi familiari, in modo chiaro e fin dal momento della richiesta di accesso, circa la possibilità di chiedere l'intervento del difensore civico territoriale, in tutti i casi in cui sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni nonché per ogni eventuale necessità; informare inoltre della possibilità di accedere all'Ufficio relazioni con il pubblico e all'Ufficio di pubblica tutela della ATS;
- e) partecipare a iniziative promosse dalla ATS, o dagli ambiti di programmazione sociale locale, rivolte, tra l'altro, a garantire processi e percorsi per la continuità della presa in carico della persona e ad attuare l'integrazione tra la rete d'offerta sociale e quella sociosanitaria;
- f) non richiedere alcun corrispettivo per lo svolgimento di tutte le pratiche e le procedure preliminari alla presa in carico dell'utente;
- g) assistere gli ospiti per i quali si ricevono tariffe a carico del Fondo Sanitario Regionale su posti accreditati e messi a contratto;
- h) accettare espressamente il sistema di finanziamento, vigilanza e controllo, sanzioni, osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione Lombardia;
- i) erogare le prestazioni in coerenza a quanto previsto in termini di appropriatezza dalle disposizioni nazionali e regionali;
- j) rispettare la normativa vigente in tema di trattamento dei dati personali e salute e sicurezza sul lavoro;
- k) erogare le prestazioni in osservanza anche delle ulteriori indicazioni/adempimenti contenuti nell'Appendice al presente contratto per quanto di specifica attinenza alla/alle relativa/e tipologia/e di unità d'offerta oggetto del presente contratto;
- l) rendersi disponibile affinché le persone ospitate possano rimanere collegate con il proprio contesto familiare e sociale di riferimento, favorendo, compatibilmente con lo stato di salute degli ospiti e con l'organizzazione della Struttura, iniziative al riguardo.

### **ARTICOLO 3. Sistema tariffario e pagamenti**

La ATS è tenuta a erogare al soggetto gestore, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste da Regione Lombardia, secondo le modalità fissate nel presente contratto.

La ATS anticipa mensilmente acconti pari all'85% di un dodicesimo del budget oppure, in caso di nuova unità d'offerta, del budget coerente con il piano di inserimento degli ospiti. Garantisce inoltre l'erogazione del saldo trimestrale entro i successivi 60 giorni dall'avvenuto ricevimento della fattura e previo assolvimento del debito informativo di rendicontazione delle prestazioni erogate. L'avvenuto pagamento del saldo non pregiudica il recupero di somme che, sulla base dei controlli effettuati nei confronti della unità d'offerta, risultassero non dovute o dovute solo in parte.

Il soggetto gestore si impegna a emettere mensilmente le fatture degli acconti e a emettere, entro il mese successivo alla scadenza di ogni trimestre, le fatture relative ai saldi trimestrali, derivanti le classificazioni dei singoli ospiti desunte dal sistema informativo in vigore, secondo la modulistica regionale. Per il pagamento delle fatture oggetto del presente contratto si applica quanto previsto dall'art. 31 c. 4 e 7 del D.L. 69/2013 convertito con legge n. 98/2013.

Ferma restando la possibilità di decurtare, recuperare o ridurre le somme previste a titolo di tariffa, sulla base di provvedimenti assunti dalla ATS al termine di accertamenti condotti sulla unità d'offerta, è fatta salva la facoltà della stessa ATS di sospendere l'erogazione parziale o totale dei pagamenti effettuati a qualsiasi titolo, in tutti i casi in cui siano in corso controlli per l'accertamento di gravi violazioni della normativa vigente, dei requisiti per l'esercizio e per l'accreditamento, delle clausole del presente contratto.

#### **ARTICOLO 4. Utenti fuori regione**

Le presenti disposizioni si applicano alle prestazioni erogate per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia. Le prestazioni erogate nei confronti di cittadini residenti in altre Regioni vengono remunerate a produzione effettiva, secondo le tariffe vigenti in Lombardia. Le prestazioni relative ai pazienti provenienti da altre Regioni non sono definite nel loro valore, in quanto la funzione di tutela dei cittadini spetta alle relative Regioni di residenza, che provvedono a regolamentare l'accesso ai servizi nonché al pagamento della tariffa a carico del Fondo Sanitario Regionale. Le prestazioni a favore di cittadini non lombardi devono essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi. Le attività di controllo svolte dalle ATS sui propri erogatori riguardano anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia.

#### **ARTICOLO 5. Budget**

Alla unità d'offerta è assegnato il budget di risorse indicato nell'allegata scheda di budget, parte integrante del presente contratto. *(nel caso di ente gestore unico allegare una scheda budget per ogni unità di offerta)*

L'eventuale modifica dell'importo indicato nella scheda budget può essere concordata tra ATS e soggetto gestore non oltre il 30 novembre dell'anno in corso, compatibilmente con le risorse disponibili e sentita la Direzione Generale competente. A tale riguardo il soggetto gestore può inviare, entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso, l'eventuale segnalazione dell'esigenza di modificare il budget alla ATS.

Al raggiungimento della soglia di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale, fatte salve le prestazioni extra-budget per utenza non tipica, di cui ai successivi articoli.

L'esaurimento del budget non costituisce motivo valido per l'incremento delle rette a carico dell'utenza.

#### **ARTICOLO 6. Prestazioni extra budget *(per le unità d'offerta che accolgono anche utenza non tipica)***

Con riguardo all'utenza non tipica (stati vegetativi, SLA, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici di cui alla D.G.R. n. 5000/2007) è remunerata extra-budget la differenza tra la tariffa di tale utenza e quella relativa all'utenza tipica dell'unità d'offerta di cui al presente contratto, considerando il livello di remunerazione più alto.

Ogni presa in carico di utenza non tipica è soggetta a preventiva comunicazione da parte del soggetto gestore nei confronti della ATS.

#### **ARTICOLO 7. Modalità di registrazione e codifica delle prestazioni**

Il debito informativo analitico costituisce lo strumento fondamentale per le rendicontazioni economiche. La ATS non procede alla remunerazione delle prestazioni non correttamente rendicontate.

La ATS, nell'ambito dell'attività di vigilanza, compie i controlli sulla appropriatezza delle prestazioni e l'aderenza delle caratteristiche degli assistiti a quanto riportato nella documentazione relativa ai fascicoli sociosanitari, in conformità alle disposizioni vigenti.

#### **ARTICOLO 8. Controversie**

Per ogni controversia che dovesse insorgere sulla interpretazione e sulla applicazione del presente contratto è competente il Foro provinciale sede dell'ATS.

#### **ARTICOLO 9. Durata**

Il presente contratto ha validità dal ... sino al ....

#### **ARTICOLO 10. Vigilanza della ATS sugli adempimenti contrattuali**

Compete alla ATS la vigilanza sull'applicazione dei contenuti del presente contratto e relativi adempimenti. In caso di inosservanza delle clausole, ove ciò non costituisca causa di risoluzione del contratto, previa diffida ad adempiere entro un congruo termine, il soggetto gestore è sanzionato con una penale di euro tremila.

#### **ARTICOLO 11. Recepimento di normative regionali**

Le parti danno atto che il presente contratto si intende automaticamente modificato o integrato per effetto di sopravvenute normative regionali, il cui contenuto deve essere formalmente reso noto dalla ATS al soggetto gestore, con la chiara indicazione dei termini relativi alle diverse eventuali obbligazioni.

#### **ARTICOLO 12. Clausola risolutiva espressa**

Il presente contratto è risolto immediatamente e automaticamente qualora dovessero essere comunicate dalla prefettura o da altro organo competente, successivamente alla stipula del contratto, informazioni interdittive di cui al D.lgs. 159/2011 s.m.i.

Il presente contratto è altresì risolto immediatamente e automaticamente a seguito di provvedimento che dispone la revoca o la decadenza dall'accreditamento.

#### **ARTICOLO 13. Norma di rinvio**

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

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data

Il Direttore Generale della ATS

Il Soggetto Gestore

## CLAUSOLE INTEGRATIVE RELATIVE AGLI ADEMPIMENTI SPECIFICI PER LE DIVERSE UNITÀ D'OFFERTA AD INTEGRAZIONE DEI CORRISPONDENTI ARTICOLI DEL CONTRATTO TIPO

Il contratto è integrato dalle seguenti clausole specifiche (*riportare nel testo del contratto solo le clausole pertinenti alla specifica unità d'offerta*).

### Articolo 2. Obblighi del soggetto gestore

- per CDD e CDI aggiungere:

Il Centro è aperto n. ... giorni alla settimana, dal ... al ..., e osserva il seguente orario di funzionamento: ... (*descrizione*). Per le giornate di apertura, eccedenti i cinque giorni nella settimana, il gestore si impegna ad un aumento proporzionale dello standard minimo di personale previsto dalla normativa di accreditamento. È prevista/non prevista una chiusura per le vacanze, di n. ... settimane nell'anno.

- per le RSA e le RSD aggiungere:

Il gestore provvede alla cancellazione degli ospiti dagli elenchi dei rispettivi medici di medicina generale a partire dal giorno dell'ingresso o comunque dalla data di sottoscrizione del contratto se successivo alla data di ingresso.

- per le cure intermedie (ex riabilitazione residenziale adulti) aggiungere:

Il soggetto gestore si impegna a valutare e classificare l'utenza nei profili di cui alla D.G.R. n. X/3383 del 10/4/2015, utilizzando gli strumenti e le metodologie fornite e ad assolvere al debito informativo supplementare definito dalla Regione.

### Articolo 3. Sistema tariffario e pagamenti

- per RSA aggiungere:

Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

Nel caso di assenza temporanea per ricovero ospedaliero la tariffa sanitaria è riconosciuta a condizione che l'ente gestore assicuri, all'ospite ricoverato, prestazioni di carattere assistenziali integrative e/o sostitutive dei famigliari. Di tali attività deve essere data evidenza nel FASAS e nelle registrazioni delle attività giornaliere.

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

- il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita
- sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accreditamento non venga superato il budget annuale.

Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie. Fa eccezione il caso in cui la persona assistita in RSA, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura socio sanitaria di provenienza dell'ospite.

- per RSD aggiungere:

Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

Nel caso di assenza temporanea per ricovero ospedaliero la tariffa sanitaria è riconosciuta a condizione che l'ente gestore assicuri, all'ospite ricoverato, prestazioni di carattere assistenziali integrative e/o sostitutive dei famigliari. Di tali attività deve essere data evidenza nel FASAS e nelle registrazioni delle attività giornaliere.

Per i rientri in famiglia, se motivati nel PEI e autorizzati dall'ATS, i giorni di assenza rendicontabili possono essere aumentati fino a 50 per gli adulti e 90 per i minori.

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

- il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita
- sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accreditamento non venga superato il budget annuale.

Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie. Fa eccezione il caso in cui la persona assistita in RSD che, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura socio sanitaria di provenienza dell'ospite.

- per CSS aggiungere:

Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

Per i rientri in famiglia, se motivati nel PEI e autorizzati dall'ATS, i giorni di assenza rendicontabili possono essere aumentati fino a 50 per gli adulti e 90 per i minori.

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

- il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita
- sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accreditamento
- non venga superato il budget annuale.

Per gli utenti CSS, non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie, con esclusione di quelle di ADI, riabilitazione e CDD.

- per le unità di offerta residenziali per le dipendenze aggiungere:

Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

Ulteriori periodi di assenza, se motivati nel PAI e autorizzati dall'ATS, possono essere rendicontati fino a un massimo di 40 giorni.

Per i soggetti in esecuzione penale, è altresì possibile la remunerazione delle assenze per permessi fino a 45 giorni.

Nel budget di ciascuna struttura accreditata e a contratto dell'area dipendenze è compresa la remunerazione di prestazioni rese a favore di persone agli arresti domiciliari o affidati in prova in comunità terapeutiche.

- per le unità di offerta ambulatoriali per le dipendenze aggiungere:  
I budget assegnati alle singole unità di offerta comprendono le entrate derivanti dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla legge n. 111 del 15/7/2011 e definite con provvedimenti regionali.
- per i consultori familiari aggiungere:  
I budget assegnati alle singole unità di offerta comprendono le entrate derivanti dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla legge n. 111 del 15/7/2011 e definite con provvedimenti regionali.
- per i CDI aggiungere:

Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

Con riferimento alle prestazioni rese dai CDI, la remunerazione corrisposta è legata alla frequenza effettiva degli utenti anziché agli orari di apertura delle strutture. Nelle more dell'applicazione di un sistema di remunerazione legato alla classificazione degli utenti, vige la seguente modalità di remunerazione: le prestazioni erogate a utenti che frequentano i CDI almeno per otto ore al giorno sono remunerate con la tariffa di € 29,60. Per gli utenti frequentanti il CDI part-time la tariffa giornaliera è abbattuta del 50% (euro 14,80).

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

- il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita;
- sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accreditamento;
- non venga superato il budget annuale.

Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie. Fa eccezione il caso in cui la persona assistita in CDI, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura socio sanitaria di provenienza dell'ospite.

- per i CDD aggiungere:  
Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.  
Considerando l'obbligatorietà della progettazione educativa individuale e la collegialità della stesura dei progetti di intervento che caratterizza i CDD è prevista, la remunerazione per un massimo di quattro giornate annue per le attività di programmazione delle attività educative personalizzate e per la verifica delle attività programmate. Tale remunerazione corrisponde alla media delle classi SIDI degli ospiti moltiplicata per le giornate di programmazione e verifica delle attività come sopra definite. Tale remunerazione comporta che l'attività risulti chiaramente evidenziata nelle schede personali riportanti i PEI di ogni singolo ospite per i quali viene richiesta la remunerazione.

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

- il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita;
- sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accREDITAMENTO;
- non venga superato il budget annuale.

Le assenze per altri motivi, remunerate, possono essere aumentate, se documentate nel PEI e autorizzate dalla ATS:

- per gli adulti, fino a 30 giorni comprensivi di 4 giorni per programmazione educativa;
- per minori, fino a 30 giorni comprensivi di 4 giorni;
- per minori, tutti i giorni di frequenza scolastica superiore alle 4 ore a condizione che il gestore assicuri personale educativo.

Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie con esclusione di quelle di CSS. Fa eccezione il caso in cui la persona assistita in CDD, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura socio sanitaria di provenienza dell'ospite.

- per cure intermedie e strutture di riabilitazione aggiungere:

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

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

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

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

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

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

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

In caso di ricovero di paziente minore:

- per il genitore accompagnatore è previsto il posto letto e questo, in analogia con quanto già previsto per ricovero ospedaliero di paziente minore disabile con genitore accompagnatore, è remunerato ai sensi della DGR n. 29480/1997, riconfermata con DGR n. 35597/1998”;
- gli eventuali rientri in famiglia devono essere previsti dal piano e dal programma riabilitativo individuale, concordati con la famiglia e, se necessario, sostenuti con la messa a disposizione di un operatore da parte del gestore della struttura.

Per le prestazioni in regime residenziale per riabilitazione di mantenimento a favore di minori che frequentano attività scolastiche, il tetto di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR, ove trovi specifiche e articolate motivazioni nell’ambito del Progetto Educativo Individuale con evidenza del rapporto del minore con la famiglia d’origine, può essere incrementato sino ad un massimo di 90 giorni su base annua.

I budget assegnati alle singole unità di offerta comprendono le entrate derivanti dall’incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla legge n. 111 del 15/7/2011 e definite con provvedimenti regionali.

- per i Centri Diurni Continui delle strutture di riabilitazione aggiungere:  
Vengono remunerate le prestazioni di riabilitazione in regime diurno continuo solo effettivamente rese (remunerazione a presenza).  
Le assenze temporanee di tutti gli ospiti del Centro Diurno Continuo, dovute a vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all’ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.  
Per i minori ospiti del Centro Diurno Continuo, le assenze per altri motivi, remunerate, se documentate nei pri e autorizzate dalla ATS possono essere aumentate:
  - fino a 30 giorni
  - tutti i giorni di frequenza scolastica superiore alle 4 ore a condizione che il gestore assicuri personale educativo

SCHEMA DI APPENDICE CONTRATTUALE *(riportare nel testo dell'appendice solo i riferimenti normativi pertinenti alla specifica unità d'offerta).*

Appendice contrattuale: normativa richiamata all'art. 2 "Obblighi del soggetto gestore"

Normativa generale:

- D.G.R. 8 maggio 2014, n. X/1765, "Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della D.G.R. X/1185 del 20/12/2013";
- D.G.R. 31 ottobre 2014, n. X/2569, "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo";

Normativa specifica:

RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER ANZIANI (RSA)

- D.G.R. 14 dicembre 2001, n. 7435, "Attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31: Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitario Assistenziali per Anziani (RSA)"
- D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12618, "Definizione degli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle Residenze Sanitario Assistenziali per anziani (RSA) e prima revisione del sistema di remunerazione regionale (in attuazione della D.G.R. n. 7435 del 14 dicembre 2001)"

CENTRI DIURNI INTERGATI PER ANZIANI (CDI)

- D.G.R. 22 marzo 2002, n. 8494, "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei Centri diurni integrati"
- D.G.R. 9 maggio 2003, n. 12903, "Indirizzi e criteri per la remunerazione regionale dei Centri Diurni Integrati accreditati in attuazione della D.G.R. 22 marzo 2002, n. 8494"

RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER PERSONE CON DISABILITA' (RSD)

- D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12620, "Definizione della nuova unità di offerta Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità (RSD). Attuazione dell'art. 12, comma 2 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31"

CENTRI DIURNI PER PERSONE CON DISABILITA' (CDD)

- D.G.R. 23 luglio 2004, n. 18334, "Definizione della nuova unità di offerta Centro Diurno per persone con disabilità (CDD): requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento"

COMUNITA' ALLOGGIO SOCIO SANITARIA PER PERSONE CON DISABILITA' (CSS)

- D.G.R. 23 luglio 2004, n. 18333, "Definizione della nuova unità di offerta Comunità alloggio Socio Sanitaria per persone con disabilità (CSS): requisiti per l'accreditamento"

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

- D.G.R. 30 maggio 2012, n. 3541, "Definizione dei requisiti specifici per l'esercizio e l'accreditamento dell'assistenza domiciliare integrata", rettificata dalla D.G.R. 6 giugno 2012, n. 3584
- D.G.R. 25 luglio 2012, n. 3851, "Determinazioni in ordine alle tariffe sperimentali dei nuovi profili dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)"

- D.G.R. 28 dicembre 2012, n. 4610, “Determinazioni in ordine alla rete di cure palliative e alla rete di terapia del dolore in Regione Lombardia in applicazione della legge 38 del 15 marzo 2010, Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”

## HOSPICE

- D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12619, “Attuazione dell’art. 12, commi 3 e 4 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31. Requisiti per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento delle Strutture Residenziali per pazienti terminali, altrimenti dette Hospice”
- D.G.R. 28 dicembre 2012, n. 4610, “Determinazioni in ordine alla rete di cure palliative e alla rete di terapia del dolore in Regione Lombardia in applicazione della legge 38 del 15 marzo 2010, Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”

Normativa relativa a particolari categorie di utenti con rilevanza rispetto al funzionamento di unità d’offerta socio-sanitarie

- D.G.R. 26 giugno 2007, n. 5000, “Determinazioni relative alla assistenza di persone disabili presenti in strutture di riabilitazione”;
- D.G.R. 19 dicembre 2007, n. 6220, “Determinazioni in ordine alla assistenza di persone in stato vegetativo nelle strutture di competenza della direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale. Finanziamento a carico del Fondo Sanitario”;
- D.G.R. 6 agosto 2008, n. 7915, “Determinazioni in ordine al miglioramento qualitativo dell’assistenza garantita a persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e a persone che si trovano nella fase terminale della vita, con particolare attenzione alla terapia del dolore ed alle cure palliative a favore di pazienti oncologici”;
- D.G.R. 16 settembre 2009, n. 10160, “Determinazioni in merito agli interventi sperimentali per persone che si trovano in stato vegetativo e per persone affette da malattie dei motoneuroni, in particolare sclerosi laterale amiotrofica. Finanziamento a carico del Fondo Sanitario regionale”;
- D.G.R. 4 agosto 2011, n. 2124, “Linee di indirizzo per l’assistenza di persone in stato vegetativo: sperimentazione e finanziamento a carico del Fondo Sanitario”;
- D.G.R. 25 ottobre 2012, n. 4222, “Approvazione delle linee guida propedeutiche agli indirizzi per l’assistenza a persone in stato vegetativo nelle unità d’offerta socio-sanitarie”;
- D.G.R. 28 dicembre 2012, n. 4598, “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’anno 2013. Primo provvedimento attuativo”

## SCHEDA DI NEGOZIAZIONE E FORMALIZZAZIONE DEL BUDGET

SCHEDA DI BUDGET

### DENOMINAZIONE DELL'ATS

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE

## SCHEDA DI NEGOZIAZIONE E FORMALIZZAZIONE DEL BUDGET

Codice struttura

Parte integrante e sostanziale del contratto sottoscritto in data

Validità dal

al

Riferimenti provvedimento ATS

### STRUTTURA

Tipologia

TIPOLOGIA DELL'UNITA' D'OFFERTA

Denominazione

Indirizzo

Comune

### ENTE GESTORE

Denominazione sociale

Comune sede legale

Legale rappresentante

Codice fiscale

Partita IVA

### POSTI / TRATTAMENTI

Autorizzati

Accreditati

A contratto

### BUDGET DI PRODUZIONE

in regime residenziale o di ricovero

in regime semiresidenziale

in regime diurno

complessivo

RSA: RISORSE AGGIUNTIVE ASSEGNATE AI SENSI DELLA D.G.R. N. 3996/2015

Letto e sottoscritto

Luogo e data

DENOMINAZIONE DELL'ATS  
Il Direttore Generale (o suo delegato)

Il Legale Rappresentante (o suo delegato)

**SCHEMA DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA ATS E SOGGETTO GESTORE DI UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIE ACCREDITATE**

Tra

l'Agenzia di Tutela della Salute (...) (di seguito ATS), con sede legale nel Comune di (...) in via (...) n. (...), codice fiscale (...) partita IVA (...), nella persona del Direttore Generale, o suo delegato, dott. (...) nato a (...) il (...), domiciliato per la carica presso la sede della ATS

e

il soggetto gestore (...), con sede legale nel Comune di (...) in via (...) n. (...), codice fiscale (...) partita IVA (...), nella persona del sig. (...) nato a (...) il (...) residente nel Comune di (...) via (...) n. (...) codice fiscale (...), in qualità di legale rappresentante o suo delegato, per l'unità d'offerta sociosanitaria (tipologia) denominata (...), con sede nel Comune di (...) in via (...) n. (...), codice di Struttura n. (...), accreditata con Deliberazione o Decreto n. (...) del (...) per (...) posti o prestazioni di seguito denominato soggetto gestore;

Premesso che:

- la ATS, ai sensi della programmazione regionale, si avvale del soggetto gestore per la suddetta unità d'offerta sociosanitaria per (specificare n. posti o n. prestazioni); (in caso di contratto relativo a ente gestore unico di una pluralità di unità di offerta elencare tutte le unità d'offerta e i rispettivi dati, specificando le ATS di ubicazione);
- il soggetto gestore mette a disposizione della ATS i suddetti posti o prestazioni accreditati che verranno remunerati secondo le tariffe regionali vigenti e le modalità stabilite dal presente contratto;
- (con riferimento esclusivo alle unità di offerta nelle quali è prevista compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza) il soggetto gestore di unità d'offerta nelle quali è prevista una compartecipazione al costo delle prestazioni erogate per la parte non a carico del FSR, ha provveduto a comunicare alla ATS, come da documentazione allegata al presente contratto, le rette giornaliera dallo stesso praticate agli ospiti, e si impegna a trasmettere con tempestività alla ATS eventuali variazioni che dovessero intervenire. A tale riguardo si dà atto che la retta viene corrisposta direttamente alla Struttura da parte dell'assistito, o di coloro che, eventualmente, abbiano un impegno al riguardo con la medesima Struttura, in virtù di un rapporto contrattuale di natura privatistica che impegna le Parti stesse.

Si stipula quanto segue

**ARTICOLO 1. Oggetto del contratto**

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto che definisce i rapporti giuridici ed economici derivanti dall'erogazione di prestazioni sociosanitarie da parte del soggetto gestore in relazione all'esercizio della unità d'offerta di cui in premessa, con oneri a carico della Fondo Sanitario Regionale, secondo le tariffe stabilite da Regione Lombardia e fatta salva la partecipazione ai costi da parte dell'utente, ai sensi della vigente normativa.

**ARTICOLO 2. Obblighi del soggetto gestore**

Il soggetto gestore, con la sottoscrizione del presente contratto, dichiara di conoscere e si impegna ad applicare le norme generali statali e regionali e quelle specifiche della unità d'offerta oggetto del presente contratto.

L'ente gestore si impegna inoltre a:

- a concorrere al rispetto ed all'attuazione dei principi, delle indicazioni e degli adempimenti previsti nella L.R. n. 3/2008 e nella L.R. n. 33/2009 e s.m.i. a carico degli enti gestori;
- b verificare che all'atto dell'accesso gli assistiti abbiano le caratteristiche e manifestino le condizioni di bisogno previste per il tipo di unità d'offerta gestito;
- c (con esclusione delle unità di offerta ambulatoriali e delle prestazioni a totale carico del Fondo Sanitario regionale) informare il comune di residenza degli assistiti dell'accesso all'unità d'offerta o, nei casi in cui l'accesso sia disposto d'urgenza, dell'accettazione del ricovero. In caso di presa in carico di cittadini non lombardi, con oneri a carico del FSR della Regione di origine, dovrà essere richiesto il preventivo assenso da parte di quest'ultima;
- d informare l'assistito, il suo legale rappresentante e i suoi familiari, in modo chiaro e fin dal momento della richiesta di accesso, circa la possibilità di chiedere l'intervento del difensore civico territoriale, in tutti i casi in cui sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni nonché per ogni eventuale necessità; informare inoltre della possibilità di accedere all'Ufficio relazioni con il pubblico e all'Ufficio di pubblica tutela della ATS;
- e partecipare a iniziative promosse dalla ATS, dalla Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) o dagli ambiti di programmazione sociale locale, rivolte, tra l'altro, a garantire processi e percorsi per la continuità della presa in carico della persona e ad attuare l'integrazione tra la rete d'offerta sociale e quella sociosanitaria;
- f non richiedere alcun corrispettivo per lo svolgimento di tutte le pratiche e le procedure preliminari alla presa in carico dell'utente;
- g assistere gli ospiti per i quali si ricevono tariffe a carico del Fondo Sanitario Regionale su posti accreditati e messi a contratto;
- h accettare espressamente il sistema di finanziamento, vigilanza e controllo, sanzioni, osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione Lombardia;
- i erogare le prestazioni in coerenza a quanto previsto in termini di appropriatezza dalle disposizioni nazionali e regionali;
- j rispettare la normativa vigente in tema di trattamento dei dati personali e salute e sicurezza sul lavoro;
- k erogare le prestazioni in osservanza anche delle ulteriori indicazioni/adempimenti contenuti nell'Appendice al presente contratto per quanto di specifica attinenza alla/alle relativa/e tipologia/e di unità d'offerta oggetto del presente contratto;
- l rendersi disponibile affinché le persone ospitate possano rimanere collegate con il proprio contesto familiare e sociale di riferimento, favorendo, compatibilmente con lo stato di salute degli ospiti e con l'organizzazione della Struttura, iniziative al riguardo.

### **ARTICOLO 3. Sistema tariffario e pagamenti**

La ATS è tenuta a erogare al soggetto gestore, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste da Regione Lombardia, secondo le modalità fissate nel presente contratto.

La ATS anticipa mensilmente acconti pari all'85% di un dodicesimo del budget oppure, in caso di nuova unità d'offerta, del budget coerente con il piano di inserimento degli ospiti. Garantisce inoltre l'erogazione del saldo trimestrale entro i successivi 60 giorni dall'avvenuto ricevimento della fattura e previo assolvimento del debito informativo di rendicontazione delle prestazioni erogate. L'avvenuto pagamento del saldo non pregiudica il recupero di somme che, sulla base dei controlli effettuati nei confronti della unità d'offerta, risultassero non dovute o dovute solo in parte.

Il soggetto gestore si impegna a emettere mensilmente le fatture degli acconti e a emettere, entro il mese successivo alla scadenza di ogni trimestre, le fatture relative ai saldi trimestrali, derivanti le classificazioni dei singoli ospiti desunte dal sistema informativo in vigore, secondo la modulistica regionale. Per il

pagamento delle fatture oggetto del presente contratto si applica quanto previsto dall'art.31 c.4 e 7 del D.L. 69/2013 convertito con legge n. 98/2013.

Ferma restando la possibilità di decurtare, recuperare o ridurre le somme previste a titolo di tariffa, sulla base di provvedimenti assunti dalla ATS al termine di accertamenti condotti sulla unità d'offerta, è fatta salva la facoltà della stessa ATS di sospendere l'erogazione parziale o totale dei pagamenti effettuati a qualsiasi titolo, in tutti i casi in cui siano in corso controlli per l'accertamento di gravi violazioni della normativa vigente, dei requisiti per l'esercizio e per l'accreditamento, delle clausole del presente contratto.

#### **ARTICOLO 4. Utenti fuori regione**

Le presenti disposizioni si applicano alle prestazioni erogate per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia. Le prestazioni erogate nei confronti di cittadini residenti in altre Regioni vengono remunerate a produzione effettiva, secondo le tariffe vigenti in Lombardia. Le prestazioni relative ai pazienti provenienti da altre Regioni non sono definite nel loro valore, in quanto la funzione di tutela dei cittadini spetta alle relative Regioni di residenza, che provvedono a regolamentare l'accesso ai servizi nonché al pagamento della tariffa a carico del Fondo Sanitario Regionale. Le prestazioni a favore di cittadini non lombardi devono essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi. Le attività di controllo svolte dalle ATS sui propri erogatori riguardano anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia.

#### **ARTICOLO 5. Budget**

Alla unità d'offerta è assegnato il budget di risorse indicato nell'allegata scheda di budget, parte integrante del presente contratto. *(nel caso di ente gestore unico allegare una scheda budget per ogni unità di offerta)*

L'eventuale modifica dell'importo indicato nella scheda budget può essere concordata tra ATS e soggetto gestore non oltre il 30 novembre dell'anno in corso, compatibilmente con le risorse disponibili e sentita la Direzione Generale competente. A tale riguardo il soggetto gestore può inviare, entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso, l'eventuale segnalazione dell'esigenza di modificare il budget alla ATS.

Al raggiungimento della soglia di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale, fatte salve le prestazioni extra-budget per utenza non tipica, di cui ai successivi articoli.

L'esaurimento del budget non costituisce motivo valido per l'incremento delle rette a carico dell'utenza.

#### **ARTICOLO 6. Prestazioni extra budget *(per le unità d'offerta che accolgono anche utenza non tipica)***

Con riguardo all'utenza non tipica (stati vegetativi, SLA, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici di cui alla D.G.R. n. 5000/2007) è remunerata extra-budget la differenza tra la tariffa di tale utenza e quella relativa all'utenza tipica dell'unità d'offerta di cui al presente contratto, considerando il livello di remunerazione più alto.

Ogni presa in carico di utenza non tipica è soggetta a preventiva comunicazione da parte del soggetto gestore nei confronti della ATS.

#### **ARTICOLO 7. Modalità di registrazione e codifica delle prestazioni**

Il debito informativo analitico costituisce lo strumento fondamentale per le rendicontazioni economiche. La ATS non procede alla remunerazione delle prestazioni non correttamente rendicontate.

La ATS, nell'ambito dell'attività di vigilanza, compie i controlli sulla appropriatezza delle prestazioni e l'aderenza delle caratteristiche degli assistiti a quanto riportato nella documentazione relativa ai fascicoli sociosanitari, in conformità alle disposizioni vigenti.

#### **ARTICOLO 8. Controversie**

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

#### **ARTICOLO 9. Durata**

Il presente contratto ha validità dal (...) sino al (...).

#### **ARTICOLO 10. Vigilanza della ATS sugli adempimenti contrattuali**

Compete alla ATS la vigilanza sull'applicazione dei contenuti del presente contratto e relativi adempimenti. In caso di inosservanza delle clausole, ove ciò non costituisca causa di risoluzione del contratto, previa diffida ad adempiere entro un congruo termine, il soggetto gestore è sanzionato con una penale di euro tremila.

#### **ARTICOLO 11. Recepimento di normative regionali**

Le parti danno atto che il presente contratto si intende automaticamente modificato o integrato per effetto di sopravvenute normative regionali, il cui contenuto deve essere formalmente reso noto dalla ATS al soggetto gestore, con la chiara indicazione dei termini relativi alle diverse eventuali obbligazioni.

#### **ARTICOLO 12. Clausola risolutiva espressa**

Il presente contratto è risolto immediatamente e automaticamente qualora dovessero essere comunicate dalla prefettura o da altro organo certificatore, successivamente alla stipula del contratto, informazioni interdittive di cui al D.lgs. 159/2011 s.m.i.

Il presente contratto è altresì risolto immediatamente e automaticamente a seguito di provvedimento che dispone la revoca o la decadenza dall'accreditamento.

#### **ARTICOLO 13. Norma di rinvio**

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

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data

Il Direttore Generale della ATS  
del Soggetto Gestore

Il Legale Rappresentante

## CLAUSOLE INTEGRATIVE RELATIVE AGLI ADEMPIMENTI SPECIFICI PER LE DIVERSE UNITÀ D'OFFERTA AD INTEGRAZIONE DEI CORRISPONDENTI ARTICOLI DEL CONTRATTO TIPO

Il contratto è integrato dalle seguenti clausole specifiche (*riportare nel testo del contratto solo le clausole pertinenti alla specifica unità d'offerta*).

### Articolo 2. Obblighi del soggetto gestore

- per CDD e CDI aggiungere:

Il Centro è aperto n. ... giorni alla settimana, dal ... al ..., e osserva il seguente orario di funzionamento: ... (*descrizione*). Per le giornate di apertura, eccedenti i cinque giorni nella settimana, il gestore si impegna ad un aumento proporzionale dello standard minimo di personale previsto dalla normativa di accreditamento. È prevista/non prevista una chiusura per le vacanze, di n. ... settimane nell'anno.

- per le RSA e le RSD aggiungere:

Il gestore provvede alla cancellazione degli ospiti dagli elenchi dei rispettivi medici di medicina generale a partire dal giorno dell'ingresso o comunque dalla data di sottoscrizione del contratto se successivo alla data di ingresso.

- per le cure intermedie (ex riabilitazione residenziale adulti) aggiungere:

Il soggetto gestore si impegna a valutare e classificare l'utenza nei profili di cui alla D.G.R. n. X/3383 del 10/4/2015, utilizzando gli strumenti e le metodologie fornite e ad assolvere al debito informativo supplementare definito dalla Regione.

### Articolo 3. Sistema tariffario e pagamenti

- per RSA aggiungere:

Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

Nel caso di assenza temporanea per ricovero ospedaliero la tariffa sanitaria è riconosciuta a condizione che l'ente gestore assicuri, all'ospite ricoverato, prestazioni di carattere assistenziali integrative e/o sostitutive dei famigliari. Di tali attività deve essere data evidenza nel FASAS e nelle registrazioni delle attività giornaliere.

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

- il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita
- sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accREDITAMENTO non venga superato il budget annuale.

Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie. Fa eccezione il caso in cui la persona assistita in RSA, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura socio sanitaria di provenienza dell'ospite.

- per RSD aggiungere:

Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

Nel caso di assenza temporanea per ricovero ospedaliero la tariffa sanitaria è riconosciuta a condizione che l'ente gestore assicuri, all'ospite ricoverato, prestazioni di carattere assistenziali integrative e/o sostitutive dei famigliari. Di tali attività deve essere data evidenza nel FASAS e nelle registrazioni delle attività giornaliere.

Per i rientri in famiglia, se motivati nel PEI e autorizzati dall'ATS, i giorni di assenza rendicontabili possono essere aumentati fino a 50 per gli adulti e 90 per i minori.

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

- il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita
- sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accreditamento non venga superato il budget annuale.

Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie. Fa eccezione il caso in cui la persona assistita in RSD che, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura socio sanitaria di provenienza dell'ospite.

- per CSS aggiungere:

Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

Per i rientri in famiglia, se motivati nel PEI e autorizzati dall'ATS, i giorni di assenza rendicontabili possono essere aumentati fino a 50 per gli adulti e 90 per i minori.

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

- il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita
- sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accreditamento
- non venga superato il budget annuale.

Per gli utenti CSS, non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie, con esclusione di quelle di ADI, riabilitazione e CDD.

- per le unità di offerta residenziali per le dipendenze aggiungere:

Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

Ulteriori periodi di assenza, se motivati nel PAI e autorizzati dall'ATS, possono essere rendicontati fino a un massimo di 40 giorni.

Per i soggetti in esecuzione penale, è altresì possibile la remunerazione delle assenze per permessi fino a 45 giorni.

Nel budget di ciascuna struttura accreditata e a contratto dell'area dipendenze è compresa la remunerazione di prestazioni rese a favore di persone agli arresti domiciliari o affidati in prova in comunità terapeutiche.

- per le unità di offerta ambulatoriali per le dipendenze aggiungere:

I budget assegnati alle singole unità di offerta comprendono le entrate derivanti dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla legge n. 111 del 15/7/2011 e definite con provvedimenti regionali.

- per i consultori familiari aggiungere:

I budget assegnati alle singole unità di offerta comprendono le entrate derivanti dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla legge n. 111 del 15/7/2011 e definite con provvedimenti regionali.

- per i CDI aggiungere:

Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

Con riferimento alle prestazioni rese dai CDI, la remunerazione corrisposta è legata alla frequenza effettiva degli utenti anziché agli orari di apertura delle strutture. Nelle more dell'applicazione di un sistema di remunerazione legato alla classificazione degli utenti, vige la seguente modalità di remunerazione: le prestazioni erogate a utenti che frequentano i CDI almeno per otto ore al giorno sono remunerate con la tariffa di € 29,60. Per gli utenti frequentanti il CDI part-time la tariffa giornaliera è abbattuta del 50% (euro 14,80).

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

- il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita;
- sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accREDITAMENTO;
- non venga superato il budget annuale.

Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie. Fa eccezione il caso in cui la persona assistita in CDI, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura socio sanitaria di provenienza dell'ospite.

- per i CDD aggiungere:

Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

Considerando l'obbligatorietà della progettazione educativa individuale e la collegialità della stesura dei progetti di intervento che caratterizza i CDD è prevista, la remunerazione per un massimo di quattro giornate annue per le attività di programmazione delle attività educative personalizzate e per la verifica delle attività programmate. Tale remunerazione corrisponde alla media delle classi SIDI degli ospiti moltiplicata per le giornate di programmazione e verifica delle attività come sopra definite. Tale remunerazione comporta che l'attività risulti chiaramente evidenziata nelle schede personali riportanti i PEI di ogni singolo ospite per i quali viene richiesta la remunerazione.

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

- il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita;
- sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accreditamento;
- non venga superato il budget annuale.

Le assenze per altri motivi, remunerate, possono essere aumentate, se documentate nel PEI e autorizzate dalla ATS:

- per gli adulti, fino a 30 giorni comprensivi di 4 giorni per programmazione educativa;
- per minori, fino a 30 giorni comprensivi di 4 giorni;
- per minori, tutti i giorni di frequenza scolastica superiore alle 4 ore a condizione che il gestore assicuri personale educativo.

Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie, con esclusione di quelle di CSS. Fa eccezione il caso in cui la persona assistita in CDD, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura socio sanitaria di provenienza dell'ospite.

- per cure intermedie e strutture di riabilitazione aggiungere:  
È possibile utilizzare i posti letto a maggiore intensità riabilitativa per accogliere persone che necessitino di prestazioni di minore complessità, fermo restando che le tariffe riconoscibili sono quelle delle prestazioni effettivamente erogate.

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

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

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

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

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

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

In caso di ricovero di paziente minore:

- per il genitore accompagnatore è previsto il posto letto e questo, in analogia con quanto già previsto per ricovero ospedaliero di paziente minore disabile con genitore

accompagnatore, è remunerato ai sensi della DGR n. 29480/1997, riconfermata con DGR n. 35597/1998”;

- gli eventuali rientri in famiglia devono essere previsti dal piano e dal programma riabilitativo individuale, concordati con la famiglia e, se necessario, sostenuti con la messa a disposizione di un operatore da parte del gestore della struttura.

Per le prestazioni in regime residenziale per riabilitazione di mantenimento a favore di minori che frequentano attività scolastiche, il tetto di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR, ove trovi specifiche e articolate motivazioni nell’ambito del Progetto Educativo Individuale con evidenza del rapporto del minore con la famiglia d’origine, può essere incrementato sino ad un massimo di 90 giorni su base annua.

I budget assegnati alle singole unità di offerta comprendono le entrate derivanti dall’incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla legge n. 111 del 15/7/2011 e definite con provvedimenti regionali.

- per i Centri Diurni Continui delle strutture di riabilitazione aggiungere:  
Vengono remunerate le prestazioni di riabilitazione in regime diurno continuo solo effettivamente rese (remunerazione a presenza).

Le assenze temporanee di tutti gli ospiti del Centro Diurno Continuo, dovute a vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all’ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

Per i minori ospiti del Centro Diurno Continuo, le assenze per altri motivi, remunerate, se documentate nei pri e autorizzate dalla ATS possono essere aumentate:

- fino a 30 giorni
- tutti i giorni di frequenza scolastica superiore alle 4 ore a condizione che il gestore assicuri personale educativo

SCHEMA DI APPENDICE CONTRATTUALE *(riportare nel testo dell'appendice solo i riferimenti normativi pertinenti alla specifica unità d'offerta).*

Appendice contrattuale: normativa richiamata all'art. 2 "Obblighi del soggetto gestore"

Normativa generale:

- D.G.R. 8 maggio 2014, n. X/1765, "Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della D.G.R. X/1185 del 20/12/2013";
- D.G.R. 31 ottobre 2014, n. X/2569, "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo";

Normativa specifica:

RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER ANZIANI (RSA)

- D.G.R. 14 dicembre 2001, n. 7435, "Attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31: Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitario Assistenziali per Anziani (RSA)"
- D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12618, "Definizione degli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle Residenze Sanitario Assistenziali per anziani (RSA) e prima revisione del sistema di remunerazione regionale (in attuazione della D.G.R. n. 7435 del 14 dicembre 2001)"

CENTRI DIURNI INTERGATI PER ANZIANI (CDI)

- D.G.R. 22 marzo 2002, n. 8494, "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei Centri diurni integrati"
- D.G.R. 9 maggio 2003, n. 12903, "Indirizzi e criteri per la remunerazione regionale dei Centri Diurni Integrati accreditati in attuazione della D.G.R. 22 marzo 2002, n. 8494"

RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER PERSONE CON DISABILITA' (RSD)

- D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12620, "Definizione della nuova unità di offerta Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità (RSD). Attuazione dell'art. 12, comma 2 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31"

CENTRI DIURNI PER PERSONE CON DISABILITA' (CDD)

- D.G.R. 23 luglio 2004, n. 18334, "Definizione della nuova unità di offerta Centro Diurno per persone con disabilità (CDD): requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento"

COMUNITA' ALLOGGIO SOCIO SANITARIA PER PERSONE CON DISABILITA' (CSS)

- D.G.R. 23 luglio 2004, n. 18333, "Definizione della nuova unità di offerta Comunità alloggio Socio Sanitaria per persone con disabilità (CSS): requisiti per l'accreditamento"

CURE INTERMEDIE E RIABILITAZIONE

- D.G.R. 16 dicembre 2004, n. 19883, "Riordino della rete delle attività di riabilitazione";
- D.G.R. 20 dicembre 2013, n. 1185, "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014"
- D.G.R. 10 aprile 2015, n. 3383, "Attuazione delle DD.G.R. n. X/1185/2013 e n. X/2989/2014: prima applicazione di profili e requisiti sperimentali dell'unità d'offerta sociosanitaria cure intermedie"

## ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

- D.G.R. 30 maggio 2012, n. 3541, “Definizione dei requisiti specifici per l’esercizio e l’accreditamento dell’assistenza domiciliare integrata”, rettificata dalla D.G.R. 6 giugno 2012, n. 3584
- D.G.R. 25 luglio 2012, n. 3851, “Determinazioni in ordine alle tariffe sperimentali dei nuovi profili dell’assistenza domiciliare integrata (ADI)”

## HOSPICE

- D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12619, “Attuazione dell’art. 12, commi 3 e 4 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31. Requisiti per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento delle Strutture Residenziali per pazienti terminali, altrimenti dette Hospice”
- D.G.R. 28 dicembre 2012, n. 4610, “Determinazioni in ordine alla rete di cure palliative e alla rete di terapia del dolore in Regione Lombardia in applicazione della legge 38 del 15 marzo 2010, Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”

## CONSULTORI FAMILIARI

- D.G.R. 11 dicembre 2000, n. 2594, “Determinazioni in materia di autorizzazione al funzionamento del servizio per le attività consultoriali in ambito materno infantile”
- D.G.R. 26 gennaio 2001, n. 3264, “Determinazioni in materia di accreditamento del servizio per le attività consultoriali in ambito materno infantile a seguito della L.R. 12/8/1999, n. 15, L.R. 6/12/1999, n. 23 e L.R. 5/1/2000, n. 1 e conseguente revoca della D.G.R. n. 45251 del 24/9/1999, Determinazioni in merito all’art. 8, comma 4 e 7, del D.Lgs. 30/12/1992 n. 502 e successive modifiche, relativamente agli istituti dell’autorizzazione e dell’accreditamento dei consultori familiari pubblici e privati, e a seguito delle disposizioni normative in materia”

## SERVIZI PER LE DIPENDENZE

- D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12621, “Determinazione dei requisiti standard per l’autorizzazione al funzionamento e l’accreditamento dei servizi privati e pubblici per l’assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art. 12, comma 3 e 4, L.R. 31/1997) e indirizzi programmatici e direttive sull’organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze”
- D.G.R. 10 ottobre 2007, n. 5509, “Determinazioni relative ai servizi accreditati nell’area dipendenze”
- D.G.R. 22 dicembre 2008, n. 8720, “Determinazioni in merito alla riqualificazione dei servizi ambulatoriali per le dipendenze”
- D.G.R. 31 luglio 2015, n. 3945, “Definizione della nuova unità d’offerta sociosanitaria a bassa intensità assistenziale nell’area delle dipendenze. Individuazione dei requisiti specifici di esercizio e di accreditamento”.

Normativa relativa a particolari categorie di utenti con rilevanza rispetto al funzionamento di unità d’offerta sociosanitarie

- D.G.R. 26 giugno 2007, n. 5000, “Determinazioni relative alla assistenza di persone disabili presenti in strutture di riabilitazione”;

- D.G.R. 19 dicembre 2007, n. 6220, “Determinazioni in ordine alla assistenza di persone in stato vegetativo nelle strutture di competenza della direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale. Finanziamento a carico del Fondo Sanitario”;
- D.G.R. 6 agosto 2008, n. 7915, “Determinazioni in ordine al miglioramento qualiquantitativo dell’assistenza garantita a persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e a persone che si trovano nella fase terminale della vita, con particolare attenzione alla terapia del dolore ed alle cure palliative a favore di pazienti oncologici”;
- D.G.R. 16 settembre 2009, n. 10160, “Determinazioni in merito agli interventi sperimentali per persone che si trovano in stato vegetativo e per persone affette da malattie dei motoneuroni, in particolare sclerosi laterale amiotrofica. Finanziamento a carico del Fondo Sanitario regionale”;
- D.G.R. 4 agosto 2011, n. 2124, “Linee di indirizzo per l’assistenza di persone in stato vegetativo: sperimentazione e finanziamento a carico del Fondo Sanitario”;
- D.G.R. 25 ottobre 2012, n. 4222, “Approvazione delle linee guida propedeutiche agli indirizzi per l’assistenza a persone in stato vegetativo nelle unità d’offerta sociosanitarie”;
- D.G.R. 28 dicembre 2012, n. 4598, “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'anno 2013. Primo provvedimento attuativo”

## SCHEDA DI NEGOZIAZIONE E FORMALIZZAZIONE DEL BUDGET

SCHEDA DI BUDGET

### DENOMINAZIONE DELL'ATS

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE

## SCHEDA DI NEGOZIAZIONE E FORMALIZZAZIONE DEL BUDGET

Codice struttura

Parte integrante e sostanziale del contratto sottoscritto in data

Validità dal  al

Riferimenti provvedimento ATS

### STRUTTURA

Tipologia **TIPOLOGIA DELL'UNITA' D'OFFERTA**

Denominazione

Indirizzo

Comune

### ENTE GESTORE

Denominazione sociale

Comune sede legale

Legale rappresentante

Codice fiscale  Partita IVA

### POSTI / TRATTAMENTI

Autorizzati  Accreditati  A contratto

### BUDGET DI PRODUZIONE

in regime residenziale o di ricovero

in regime semiresidenziale

in regime diurno

**complessivo**  -

RSA: RISORSE AGGIUNTIVE ASSEGNATE AI SENSI DELLA D.G.R. N. 3996/2015

Letto e sottoscritto

Luogo e data

**DENOMINAZIONE DELL'ATS**  
Il Direttore Generale (o suo delegato)

Il Legale Rappresentante (o suo delegato)