

**CONTRATTO DI SERVIZIO TRA L'UNIONE COLLINE MATILDICHE, IL COMUNE DI REGGIO EMILIA, L'AUSL DI REGGIO EMILIA – DISTRETTO DI REGGIO EMILIA, E LA VILLA SPA, PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI RELATIVI AI SERVIZI: CASA RESIDENZA ANZIANI PENSIONATO SAN GIUSEPPE DI QUATTRO CASTELLA (REGGIO EMILIA) OGGETTO DI ACCREDITAMENTO DEFINITIVO.**

L'anno ... il giorno ... del mese di ..., presso ..., con la presente scrittura privata da valersi per ogni conseguente effetto di legge,

**TRA**

**L'UNIONE COLLINE MATILDICHE**, avente sede a Quattro Castella Piazza Dante 1 rappresentata da Dott.ssa Federica Cirilini Dirigente Area sociale Unione Colline Matildiche che agisce e stipula a nome, per conto e nell'esclusivo interesse di Unione Colline Matildiche, ai sensi della deliberazione n 37 del 31/8/2015.

**IL COMUNE DI REGGIO EMILIA**, avente sede in Reggio Emilia, piazza Prampolini 1, codice fiscale 00145920351 (di seguito Comune di Reggio Emilia o Committente), rappresentato dalla dott.ssa Elena Margherita Davoli, dirigente del Servizio "Programmazione del sistema di welfare", ivi domiciliata per la carica, che agisce e stipula in nome, per conto e nell'esclusivo interesse del Comune di Reggio Emilia , ai sensi del provvedimento del Sindaco di Reggio Emilia PG 21361 in data 23/05/2015, dell'art. 46 dello Statuto Comunale e dell'art. 48 del vigente Regolamento comunale per la disciplina dei contratti;

**L'AUSL DI Reggio Emilia, distretto di Reggio Emilia** avente sede in Reggio Emilia, via Amendola 2, codice fiscale 01598570354 (di seguito denominata AUSL o Committente) nella persona della Dott.ssa Elisabetta Negri in qualità di Direttore del Distretto di Reggio Emilia ivi domiciliata per la carica

**E**

**LA VILLA SPA**, CF 05548060481 con sede in via Benedetto da Foiano, n.14 a Firenze rappresentata dalla Dott.ssa Simona Palazzoli ivi domiciliata per la carica, che agisce e stipula in nome, per conto e nell'esclusivo interesse di LA VILLA S.p.A.

**PREMESSE**

1. 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 periodicamente 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;

2. I Comuni dell'ambito distrettuale, con convenzione sottoscritta tra i Comuni del Distretto di Reggio Emilia (Comuni di Albinea, Bagnolo in Piano, Cadelbosco di Sopra, Castelnovo di Sotto, Quattro Castella, Reggio Emilia e Vezzano sul Crostolo) e l'azienda USL – Distretto di Reggio Emilia in data 20 marzo 2008 (deliberazione di CC N. 67 del 26/11/2007 del Comune di Albinea, deliberazione di CC n. 67 del 14/11/2007 del Comune di Bagnolo in Piano, deliberazione di CC n. 48 del 27/11/2007 del Comune di Cadelbosco di Sopra, deliberazione di CC n. 54 del 27/11/2007 del Comune di Castelnovo di Sotto, deliberazione di CC n. 95 del 29/11/2007 del Comune di Quattro Castella, deliberazione di CC n. 301 del 17/12/2007 del Comune di Reggio Emilia, deliberazione di CC n. 8535/75 del 27/11/2007 del Comune di Vezzano sul Crostolo, deliberazione del Direttore Generale dell'AUSL di Reggio Emilia n.45 del 16/04/2007) hanno individuato (art.10) il Comune di Reggio Emilia quale Comune capofila per l'ambito distrettuale per tutte le funzioni connesse alla programmazione distrettuale;

3. L'Accordo di Programma sottoscritto dai medesimi soggetti in data 31 marzo 2010 (approvato con Decreto del Sindaco di Reggio Emilia n. 6118 in data 31 marzo 2010), all'art. 8 "identifica il Comune di Reggio Emilia, Comune Capofila del Distretto..... come soggetto istituzionalmente competente che provvede all'accreditamento per conto delle esigenze dell'ambito distrettuale";

4. I Programmi attuativi che annualmente declinano in azioni gli indirizzi del Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale individuano il fabbisogno di servizi e strutture da accreditare. Per l'anno 2016 il fabbisogno è individuato nel Programma attuativo 2015 (nella sezione Piano delle attività per la non autosufficienza 2015) approvato con Accordo di Programma sottoscritto tra i Comuni del Distretto di Reggio

Emilia (Comuni di Albinea, Bagnolo in Piano, Cadelbosco di Sopra, Castelnovo di Sotto, Quattro Castella, Reggio Emilia e Vezzano sul Crostolo) , l'azienda USL – Distretto di Reggio Emilia, l'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova e la Provincia di Reggio Emilia in data 15 settembre 2015 ed approvato con Decreto del Sindaco di Reggio Emilia PG n. 44712 del 30/09/2015.

5. L'atto di concessione dell'accreditamento definitivo è stato rilasciato dal Comune di Reggio Emilia a LA VILLA S.p.A. per il servizio: Casa Residenza Anziani (CRA) PENSIONATO SAN GIUSEPPE con sede in Quattro Castella (Reggio Emilia), via Roma n. 49 (determinazione dirigenziale 1839 del 23/12/2014, confermata con determinazione dirigenziale 1764 del 28/12/2015);

### **SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:**

#### **Art. 1 – Premesse, elezione delle sedi e individuazione dei referenti operativi**

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

2. Le parti, per le comunicazioni relative al presente Contratto, eleggono il loro domicilio e individuano i referenti operativi, come segue:

- per il soggetto istituzionalmente competente :

Comune di Reggio Emilia, sede Galleria Santa Maria 1, Reggio Emilia  
Referente operativo dott.ssa Elena Margherita Davoli, dirigente del Servizio "Programmazione del sistema di Welfare"

- per la committenza:

Unione Colline Matildiche  
Referente operativo: dott.ssa Chiara Borsalino ,

Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia, Distretto di Reggio Emilia  
Referente operativo dott.ssa Elisabetta Negri, Direttore di Distretto e Dott.ssa Marina Greci Direttore del Dipartimento di Cure Primarie Distretto di Reggio Emilia

- per il Soggetto gestore:

La Villa S.p.A.  
P. IVA 05548060481 – REA: FI-554853  
Via Benedetto da Foiano 14 – 50125 Firenze  
Tel.: 055.229142 – Fax: 055.2306852  
e-mail: info@lavillaspa.it

Referente operativo  
Lisa Ambrosini  
c/o PENSIONATO "SAN GIUSEPPE"  
Via Roma n.49 – 42020 Quattro Castella – Reggio Emilia (RE)  
Tel. 0522/887207 – 0522/887974 – Fax 0522/887248  
email: pensionato.sangiuseppe@lavillaspa.it

3. Le parti s'impegnano a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a tutti i sottoscrittori del presente contratto, in via telematica mediante posta elettronica certificata (PEC).

#### **Art. 2 – Oggetto del contratto di servizio**

1. Il presente Contratto regola i rapporti tra i contraenti in relazione alla gestione del servizio CRA PENSIONATO SAN GIUSEPPE di Quattro Castella (Reggio Emilia) nell'ambito della concessione dell'accreditamento definitivo di cui alla premessa.

2. Il Contratto include altresì gli obblighi che il Soggetto gestore accreditato ha assunto all'atto del rilascio dell'accreditamento e in particolare:

- l'accettazione di modalità e percorsi di verifica in ordine al possesso dei requisiti, secondo quanto stabilito nella regolamentazione regionale e locale, nonché di valutazioni periodiche sui servizi erogati e sul loro modello gestionale;
- l'accettazione di tariffe predeterminate;

- l'assunzione di un debito informativo verso le Amministrazioni competenti;
- l'accettazione dei principi e dei criteri che informano il sistema locale dei servizi a rete, così come precisato dalla L.R. 2/2003.

### **Art. 3 – Durata**

1. In coerenza con quanto previsto dal provvedimento di accreditamento definitivo, la validità del presente contratto decorre dalla data di sottoscrizione e si conclude il 31/12/2019.

2. Il presente contratto, con scadenza coincidente con quella del provvedimento di accreditamento definitivo, è rinnovabile esclusivamente se e in quanto sia stato concesso il rinnovo al provvedimento di accreditamento definitivo stesso, al quale soggiace, per un periodo di uguale o inferiore durata.

### **Art. 4 – Modalità di realizzazione del servizio**

1. Il Soggetto gestore accreditato fornirà il servizio assicurando localmente per l'anno 2016 la seguente offerta di prestazioni:

- n. 45 posti di casa residenza anziani a carattere definitivo
- n. 2,5 posti di casa residenza anziani a carattere di accoglienza temporanea di sollievo (per un totale complessivo massimo per l'anno 2016 di 915 giornate)
- n. 7 posti di nucleo speciale demenze (per un totale complessivo massimo per l'anno 2016 di 2.562 giornate)

Si dà atto che al momento della definizione della programmazione 2016 da parte del Comitato di Distretto saranno formalmente comunicate eventuali variazioni di servizi da fornire, con un preavviso di almeno 30 giorni.

2. Annualmente, in coincidenza con la definizione da parte del Comitato di Distretto della programmazione distrettuale annuale del Fondo Regionale non Autosufficienza e con un preavviso di 30 giorni, la Committenza indicherà formalmente al Soggetto gestore accreditato eventuali variazioni del volume di offerta del servizio.

3. E' consentito al Soggetto gestore l'impiego temporaneo e flessibile dei posti accreditati eccedenti quelli oggetto del presente contratto, per le seguenti tipologie di utilizzo, regolate dalle specifiche forme ammesse e/o da apposito contratto:

- inserimento per lunga permanenza o temporanei gestiti in forma privata dal soggetto gestore;
- inserimenti richiesti da soggetti pubblici che esprimono la committenza di altri ambiti distrettuali, per cittadini residenti in altro ambito distrettuale, previa autorizzazione dell'Ufficio di Piano competente;

4. Le caratteristiche quali/quantitative dei servizi offerti e i volumi di attività indicati sono oggetto di revisione da parte della Committenza, ordinariamente con cadenza annuale.

Le eventuali variazioni derivanti dalla revisione e da quanto concordato nei commi precedenti, che non comportino una revisione contrattuale per cause straordinarie ai sensi dell'art. 19, sono comunicate al Soggetto gestore accreditato in via telematica, mediante PEC, almeno 30 giorni prima della data a partire dalla quale sono richiesti i nuovi livelli.

### **Art. 5 - Requisiti di qualità del servizio**

1. I livelli di qualità dei servizi sono determinati:

- dalle vigenti norme regionali sull'autorizzazione al funzionamento e sull'accREDITAMENTO;
- dalla Carta dei servizi riferita al servizio oggetto del presente contratto;

2. La Carta dei servizi è utilizzata quale strumento d'informazione agli utenti, ma anche per mostrare gli impegni del Soggetto gestore accreditato nei confronti degli utenti stessi.

Nella Carta dei servizi, in conformità a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale vigente, sono descritti i livelli qualitativi e quantitativi del servizio erogato, le caratteristiche organizzative e qualitative delle prestazioni, i diritti e i doveri degli utenti.

3. Il Soggetto gestore accreditato s'impegna a partecipare a eventuali percorsi, proposti dalla committenza, finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi a favore della popolazione non autosufficiente.

## **Art. 6 – Ammissione e inserimento degli utenti**

1. L'ammissione ai servizi oggetto del presente contratto è effettuata a cura del Responsabile Servizio Assistenza Anziani (SAA) che provvede anche alla validazione del Progetto di vita e di cure.

2. Il Soggetto gestore accreditato, sulla scorta della procedura per la definizione e l'aggiornamento del PAI o del PEI, che deve contenere quanto previsto dall'allegato Requisiti Generali 8.4 e 8.5 della DGR 514/09 e s.m.i., ne definisce altresì la periodicità della revisione, in continuità con il progetto di vita e cure e in accordo con il Responsabile SAA.

3. La documentazione per l'ammissione comprende la valutazione multidimensionale con la certificazione di non autosufficienza. Se per motivi di urgenza non fosse stato possibile eseguire tali valutazioni, la competente Unità multidimensionale dovrà provvedere entro dieci giorni dall'ammissione.

4. Al fine di garantire la copertura dei posti disponibili nel più breve tempo possibile, i percorsi di accesso al servizio sono stabiliti dalla Committenza con le seguenti modalità:

- creazione e tenuta delle liste d'attesa ai sensi del vigente Regolamento distrettuale
- segnalazione della disponibilità del posto da ricoprire (via fax e/o mail) alla Segreteria SAA
- assegnazione dalle liste d'attesa in ordine di priorità da parte della Segreteria SAA entro 48 ore e comunque nel minor tempo possibile.

5. I criteri per l'ammissione a ricoveri a tempo indeterminato, ai ricoveri di sollievo e ai nuclei speciali demenze sono definiti nel vigente Regolamento distrettuale, nelle linee di indirizzo annualmente definite nella programmazione distrettuale e nelle procedure assunte dall'Azienda Usl – Distretto di Reggio Emilia.

6. Eventuali inserimenti utenti GRAD avverranno su posto non accreditato e concordato con l'Ente Gestore

7. Con cadenza semestrale e sulla base dei dati forniti dal Soggetto gestore nell'ambito dei flussi informativi obbligatori, il SAA avvalendo dell'apporto dell'Ufficio di Piano effettua il monitoraggio sull'andamento dell'attività di gestione degli ingressi in struttura, dal quale devono emergere, in particolare, le indicazioni riguardanti la percentuale complessiva di utilizzo del servizio e del numero medio di giornate di non occupazione dei posti resisi vacanti.

8. Nel caso in cui per un semestre la percentuale d'impiego dell'offerta accreditata sia inferiore al 96%, per i posti di CRA definitiva i Committenti predispongono un piano di razionalizzazione, dove sono dichiarati al Soggetto gestore i tempi per garantire l'allineamento della percentuale d'impiego ai valori medi di utilizzo remunerati dalla tariffa regionale.

Contestualmente, al Soggetto gestore accreditato è consentito l'utilizzo diretto in forma privata, dei posti accreditati e contrattualizzati temporaneamente in esubero, con i seguenti criteri e limiti: messa disposizione del SAA del primo posto successivamente liberatosi.

9. Nel caso la situazione di minore utilizzo, rispetto alla percentuale fissata, perduri per oltre 6 mesi, il Soggetto gestore del servizio accreditato ha facoltà di richiedere che siano riviste e adeguate al ribasso le quantità di servizio contrattualizzate.

10. Tutte le comunicazioni che originano dal presente articolo, con esclusione dei documenti che prevedono la forma cartacea, sono rese in via telematica, tramite PEC.

## **Art. 7 – Valutazione degli utenti (case-mix)**

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

2. 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 dalla RER, e ne trasmette l'esito al Responsabile SAA. L'apposita Commissione, preposta alla valutazione del risultato, può disporre una procedura di verifica mediante una nuova valutazione, parziale o totale, per il tramite di un professionista esterno alla struttura.

3. Il risultato della valutazione annuale di tutte le strutture CRA accreditate, così come adottato con atto del Direttore delle Attività Socio Sanitarie, costituisce l'unica base per la determinazione dei fabbisogni assistenziali e delle tariffe per l'anno successivo. Il risultato è tempestivamente comunicato ai produttori accreditati a cura dei SAA di ciascun distretto.

4. In caso di sostanziali modifiche nelle condizioni degli ospiti, su richiesta del Soggetto gestore accreditato e/o su iniziativa del Responsabile SAA, è ammessa una valutazione straordinaria. Di norma e fatte salve diverse indicazioni previste nel dispositivo, il risultato della valutazione straordinaria deliberato con proprio atto dal Direttore del distretto, sostituisce la valutazione vigente dal primo del mese successivo alla data di pubblicazione dell'atto stesso.

5. Il risultato della valutazione per l'anno 2016 (effettuata ad ottobre 2015), primo di validità del presente contratto, è il seguente:

Utenti valutati al fine del case-mix	Livello A	Livello B	Livello C	Livello D47
47	8	14	23	2

Le successive revisioni nella composizione dei livelli degli utenti, ordinarie e straordinarie, sono comunicate al Soggetto gestore accreditato in via telematica, tramite PEC.

## Art. 8 - Prestazioni sanitarie

### A) Assistenza farmaceutica:

1. *Farmaci* - Premesso che il Prontuario Terapeutico Provinciale di Area Vasta Emilia Nord comprende i prodotti farmaceutici, farmaci fascia A – C- H, necessari a soddisfare le esigenze di cura della popolazione anziana non autosufficiente, l'Azienda USL ritiene di promuovere al massimo l'adesione all'utilizzo del prontuario stesso, come previsto dalla L. 405/2001.

Potranno in caso di necessità particolari, essere richiesti farmaci non inseriti in prontuario attraverso una richiesta motivata personalizzata (RMP).

L'eventuale prescrizione sul territorio con ricetta SSR deve essere riservata ai casi eccezionali, l'AUSL di RE potrà richiederne motivazione e giustificazione nel corso dell'attività ispettiva periodica.

L'AUSL fornisce supporto per la definizione di corrette modalità di conservazione e gestione dei farmaci, l'Ente Gestore si impegna a implementare le procedure, le raccomandazioni e le linee guida predisposte dall'AUSL di Reggio Emilia e a collaborare attivamente nei progetti di miglioramento dell'uso sicuro e appropriato dei farmaci.

L'Ente Gestore dovrà mettere a disposizione una linea internet e un computer per favorire i processi di approvvigionamento dei farmaci, le attività di farmaco/dispositivo-vigilanza, oltre a consentire una corretta gestione dei beni farmaceutici.

2. *Dispositivi medici* - L'AUSL si impegna a fornire i dispositivi medici necessari per il governo del processo diagnostico/terapeutico e ad aggiornare l'elenco di tali dispositivi medici in fornitura, comprese le medicazioni avanzate secondo quanto previsto nelle procedure e linee guida individuate dall'AUSL, gli ausili per le stomie e i presidi per la corretta gestione della tracheotomia.

Per le forniture in service (nutrizione parenterale ed enterale, ossigenoterapia), l'Ente Gestore si impegna a comunicare tempestivamente all'Unità farmaceutica distrettuale il ricovero ospedaliero, il trasferimento e il decesso dell'utente, al fine di poter procedere alla sospensione della stessa.

L'AUSL si impegna a trasmettere periodicamente agli Enti Gestori, l'elenco dei farmaci, dei disinfettanti e dei dispositivi medici erogabili gratuitamente e /o carico dell'Ente Gestore medesimo.

I farmaci e i dispositivi medici saranno forniti esclusivamente tramite l'Unità Farmaceutica Distrettuale di Reggio Emilia.

3. *Ausili protesici* - In conformità alla direttiva regionale DGR 564/00 aggiornata con DGR 1423/2015 e alla DGR 514/2009 e successive modifiche e integrazioni, l'Ente Gestore dovrà garantire la presenza di una dotazione di dispositivi assistenziali, per mobilità e il mantenimento delle autonomie funzionali residue.

L'AUSL si impegna a fornire ai sensi del DM 332/99 i presidi prescritti "individualmente" a persone con invalidità certificata.

In caso di decesso o trasferimento di un ospite cui è assegnato un ausilio personalizzato, l'Ente Gestore dovrà darne tempestiva informazione all'Ufficio Assistenza Protesica/SAUB distrettuale di residenza dell'ospite.

E' fatto divieto al Gestore di trattenere tali presidi presso la Struttura e di assegnarli in uso ad altri ospiti.

Restano esclusi dalla fornitura da parte dell'AUSL, i presidi per l'incontinenza ad assorbenza, poiché il relativo costo è già ricompreso nella tariffa giornaliera regionale e che devono essere messi a disposizione dall'Ente Gestore.

**B) Assistenza medica di diagnosi e cura**

1. L'AUSL di RE garantisce l'attività di diagnosi e cura, assicurata di norma da un medico di medicina generale, in coerenza con l'ACN, l'AIR e gli accordi sottoscritti tra l'AUSL e le rappresentanze di categoria.

2. Il medico di struttura è responsabile della funzione di diagnosi e cura per tutti gli anziani ospiti salvo diversa opzione verso altro MMG e per tutti coloro che fruiscono di un periodo di degenza temporaneo (ricovero di sollievo).

3. L'obbligo di presenza nella struttura è fissato in 9 ore settimanali.

4. Al fine di garantire un'adeguata assistenza agli Ospiti e favorire la necessaria integrazione professionale, le modalità di presenza (giorni, fascia oraria) devono essere concordate con il Coordinatore di struttura e prevedere un minimo di 2 (due) accessi settimanali.

Oltre agli interventi programmati, potrebbero rendersi necessari ulteriori accessi che possono essere di due tipi:

- Accesso differito: il medico, esegue di norma entro la stessa giornata, la visita richiesta entro le ore 10 ed entro le ore 12 del giorno successivo, la visita richiesta dopo le ore 10;
- Visita urgente: la chiamata urgente deve essere soddisfatta nel più breve tempo possibile. Se il medico titolare della funzione di diagnosi e cura non fosse contattabile, dovrà essere attivato un altro medico dell'associazione di rete o gruppo cui appartiene il medico della struttura.

Il medico di struttura dovrà individuare le modalità organizzative che garantiscano la ricezione delle richieste di visita.

5. L'orario di presenza settimanale/mensile comprende la partecipazione a incontri di programmazione, coordinamento dell'équipe assistenziale, e formazione. Il calendario di presenza sottoscritto dalle parti dovrà essere preventivamente inviato al Responsabile di Area distrettuale del Dipartimento Cure Primarie.

6. La presenza del medico responsabile della funzione di diagnosi e cura presso la struttura, dovrà essere attestata con firma in apposito registro da custodire presso gli ambulatori della struttura, che dovrà essere mensilmente vidimato dal Coordinatore/responsabile della medesima e inviato al Responsabile di Area distrettuale del Dipartimento Cure Primarie.

**C) Governo Clinico**

**1. Responsabilità dell'attività sanitaria di struttura**

1.1 - La responsabilità dell'attività sanitaria viene esercitata in collaborazione da Medico e Infermiere. L'attività complessiva, determinata in 9 ore settimanali, è così ripartita:

	nome e cognome	ore settimanali
Infermiere	.....	4 h
Dott.	Pezzuto Antonio.....	5 h

1.2 - L'infermiere co-titolare della funzione di responsabile dell'attività sanitaria:

- assicura in collaborazione con il MMG, il coordinamento delle attività sanitarie per garantire la massima integrazione con tutte le altre attività della struttura residenziale;
- allo scopo di preservare la continuità assistenziale definisce le modalità per l'organizzazione dei turni di lavoro, inclusa la gestione delle assenze a vario titolo, del personale infermieristico e tecnico della riabilitazione e ne valuta l'applicazione;
- verifica, in collaborazione con la direzione della struttura, che la formulazione dei piani di attività rispettino i principi della risposta personalizzata ai bisogni assistenziali;
- in collaborazione con la direzione della struttura, il medico responsabile delle attività sanitarie e il responsabile del governo clinico, elabora strumenti informativi di documentazione sanitaria orientati a garantire e rendicontare in merito:
  - all'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale;
  - alla presenza di pianificazione assistenziale personalizzata;
  - alla sicurezza delle prestazioni sanitarie;

- alla completezza della stessa documentazione e ne verifica l'utilizzo;
- collabora alla definizione, attuazione e manutenzione di procedure condivise con i servizi ospedalieri e territoriali, finalizzate a garantire la necessaria continuità assistenziale (accesso al pronto soccorso, ricoveri e dimissioni ospedaliere, attivazione servizio di Continuità assistenziale, visite specialistiche, trasporti);
- partecipa, in collaborazione con la direzione della struttura e il responsabile del governo clinico distrettuale, all'identificazione dei bisogni e obiettivi formativi e di aggiornamento del personale infermieristico e riabilitativo, ne verifica lo svolgimento e le ricadute organizzative.
- partecipa in collaborazione con la direzione della struttura e il referente del governo clinico distrettuale alla definizione e identificazione delle modalità di raccolta dei dati necessari alla valutazione dei processi assistenziali e organizzativi implementati e dei loro esiti;
- presiede alla corretta custodia, conservazione e gestione dei farmaci e dispositivi medici presenti in struttura.

1.3 - Il medico co-titolare della funzione di responsabile dell'attività sanitaria:

- partecipa alla elaborazione e realizzazione del programma annuale delle attività della residenza;
- elabora e impiega protocolli diagnostico/terapeutici e in collaborazione con il Coordinatore Infermieristico/Tecnico sviluppa e adotta protocolli clinico/assistenziali;
- promuove, in collaborazione con il responsabile del governo clinico distrettuale, incontri di verifica dell'attività sanitaria svolta e implementa azioni correttive a fronte di significativi scostamenti tra obiettivi previsti e risultati ottenuti;
- presiede alla custodia dell'armadietto farmaceutico della struttura e ha la responsabilità ultima del movimento degli stupefacenti;
- esegue la certificazione ai fini della classificazione annuale degli ospiti (case mix);
- collabora con il responsabile dell'attività di farmaco-vigilanza alla corretta gestione del rischio farmacologico, individuando e prevenendo situazioni di rischio per effetti collaterali; garantisce che sia effettuata la relativa segnalazione alla rete nazionale di rilevazione;
- collabora alla definizione di procedure condivise con i servizi ospedalieri e territoriali, finalizzate a garantire la necessaria continuità assistenziale (accesso al pronto soccorso, ricoveri e dimissioni ospedaliere, visite e consulenze specialistiche, attivazione del Servizio di Continuità assistenziale...);
- partecipa, in collaborazione con la direzione della struttura e il responsabile del governo clinico distrettuale, all'identificazione dei bisogni e obiettivi formativi e di aggiornamento del personale infermieristico e riabilitativo e ne verifica lo svolgimento;
- partecipa, in collaborazione con la direzione della struttura e il responsabile del governo clinico distrettuale, all'identificazione dei bisogni e obiettivi formativi e di aggiornamento del personale infermieristico e riabilitativo, ne verifica lo svolgimento e le ricadute organizzative.
- definisce con il coordinatore della struttura le procedure che favoriscano il corretto passaggio di informazioni a partire dall'uso della cartella integrata al fine di garantire la continuità assistenziale.
- sovrintende all'applicazione e al monitoraggio di protocolli e procedure proposte dal responsabile del rischio clinico dell'AUSL ai medici di struttura in tema di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza di pazienti anziani ospiti nelle Case Residenza Anziani con particolare riferimento a:
  - Protocollo metodologico in materia di precauzioni standard per il controllo delle infezioni in comunità.
  - Metodologia applicativa nella gestione degli ospiti colonizzati da germi multiresistenti agli antibiotici, dei portatori di cateteri vescicali, arteriosi, venosi ecc.
  - Corretta applicazione di protocolli condivisi in ambito di accertamenti microbiologici e di terapia antibiotica.
  - Procedure da seguire nella segnalazione e gestione di focolai e microfocolai epidemici potenzialmente correlati alle cure (es diarree infettive, congiuntiviti ecc.).
  - Protocollo metodologico in materia di precauzioni standard per il controllo delle infezioni in comunità;

1.4 - Le ore di responsabilità dell'attività sanitaria svolte da infermiere dipendente dall'Ente gestore sono aggiuntive rispetto alle ore di assistenza diretta e sono rimborsate dall'AUSL così come determinato all'art. 11.

1.5 - Qualora i professionisti individuati in qualità di responsabili dell'attività sanitaria dovessero cambiare, L'AUSL e l'Ente Gestore ne dovranno dare debita comunicazione a:

- Responsabile SAA
- Responsabile dell'Area distrettuale del Dipartimento Cure Primarie
- Coordinatore della Struttura
- Direttore di Distretto

1.6 - Annualmente, il Direttore del Programma Anziani e fragilità (DCP), in collaborazione con il Direttore di Distretto, sentito il parere del Coordinatore di Struttura, individua gli obiettivi di miglioramento per il Responsabile dell'attività sanitaria sia Medico che Infermiere.

## 2 -Governo clinico distrettuale

2.1 - Il Responsabile di Area del Dipartimento Cure Primarie, al fine di promuovere la qualificazione e l'omogeneità dell'erogazione dell'assistenza sanitaria nelle strutture residenziali del distretto, individua uno o più professionisti (medici o coordinatori dell'attività infermieristica) che in costante rapporto con il Direttore del Programma Anziani e fragilità, il SAA e lo staff per il governo clinico aziendale svolgono le seguenti funzioni:

- verifica costante dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria erogata e collaborazione con l'E.G. e con il Medico di struttura (e/o coordinamento) per il miglioramento continuo della qualità e promozione, monitoraggio dei protocolli diagnostico/terapeutici e clinico/assistenziali per le patologie prevalenti;
- collaborazione con i direttori delle residenze e con i coordinatori delle attività sanitarie all'identificazione dei bisogni formativi e di aggiornamento del personale infermieristico e riabilitativo;
- collaborazione all'individuazione degli indicatori necessari alla valutazione dei processi assistenziali e organizzativi implementati;
- promozione di momenti di confronto e di formazione tra gli operatori delle diverse strutture del distretto.
- verifica l'appropriatezza dell'assistenza riabilitativa erogata, in collaborazione con il Dipartimento di Riabilitazione Funzionale dell' AUSL;

2.2 - Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza erogata, il responsabile distrettuale del governo clinico supporta il personale della struttura, anche attraverso accessi in sede, nell'applicazione dei protocolli/linee guida/raccomandazioni, in una logica di massima integrazione e collaborazione tra soggetti committenti e Soggetto gestore.

2.3 - Il Dipartimento di Cure primarie comunicherà il nominativo del Referente distrettuale per il governo clinico dell'assistenza sanitaria erogata presso le strutture residenziali per anziani.

Qualora il professionista individuato per la funzione dovesse cambiare, l' AUSL s'impegna a comunicare il nominativo del responsabile distrettuale del Governo Clinico a:

- Responsabile SAA
- Coordinatore della Struttura

## D) Assistenza specialistica

1. L'AUSL di Reggio Emilia – Distretto di Reggio Emilia s'impegna a individuare con l'Ente Gestore, percorsi di accesso preferenziale alle attività di specialistica ambulatoriale/domiciliare programmata, sulla base delle effettive necessità valutate dal Medico di diagnosi e cura.

## E) Trasporti sanitari

1. L'AUSL/Distretto di Reggio 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 specialiste e gli accessi al Pronto soccorso non seguiti da ricovero.

## F) Assistenza infermieristica

1. Il Soggetto gestore garantisce l'assistenza infermieristica all'interno del servizio accreditato, in una logica di attività fortemente integrata tra gli aspetti organizzativi sanitari e socio assistenziali.

In base ai rapporti assistenziali ottenuti attraverso il case mix, il personale infermieristico per l'anno 2016, primo del presente contratto, è determinato nella seguente misura:

ASSISTENZA INFERMIERISTICA - SAN GIUSEPPE 2016					
	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE C	CLASSE D	TOTALI
n anziani classificati	8	14	23	2	47
rapporto da garantire	1/12	1/10	1/12	1/12	
totale anziani per rapporto	96	140	276	24	536
rapporto da garantire					11,40

<b><u>n unità INF da garantire su 45 definitivi</u></b>					<b>3,95</b>
<b>n INF per 2,5 pl sollievo</b>					<b>0,22</b>
<b>UNITA' EQUIVALENTI DA GARANTIRE</b>					<b>4,17</b>
<b>ASSISTENZA INFERMIERISTICA – NUCLEO SPECIALE DEMENTI - SAN GIUSEPPE 2016</b>					
	<b>CLASSE A</b>	<b>CLASSE B</b>	<b>CLASSE C</b>	<b>CLASSE D</b>	<b>TOTALI</b>
n anziani classificati	7				7
rapporto da garantire	1/12	1/10	1/12	1/12	
<b>UNITA' EQUIVALENTI DA GARANTIRE</b>					<b>0,58</b>

2. Il calcolo del personale infermieristico dovuto determina n. 4,17 + 0,58 per nucleo demenze unità da garantire.

Tale conteggio è parametrato anche sui posti temporanei di sollievo, ed è comprensivo delle sostituzioni per ferie e per malattie inferiori ai 25 giorni continuativi.

Nel caso di lunga assenza superiore ai 25 giorni continuativi, 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).

Nel caso in cui sia prevista l'assistenza infermieristica garantita nelle 24 ore (H24), il numero di infermieri minimo necessario per garantire la copertura del servizio è di 5,80 unità, per contratti da 36 ore/settimana. Se i singoli contratti di lavoro prevedono orari settimanali superiori, il numero degli infermieri è proporzionalmente riparametrato.

Il fabbisogno di personale infermieristico è aggiornato periodicamente, contestualmente all'adeguamento previsto per il personale assistenziale.

3. Il monte ore minimo di assistenza che tali unità devono garantire nell'anno è pari a  $4,75 \times 1.548 = 7.353$  (monte ore annuo di presenza attiva).

4. L'assistenza Infermieristica dovrà essere garantita nell'arco delle 12 ore giornaliere. La capacità assistenziale, ovvero il numero di infermieri presenti e/o compresenti nelle 12 ore diurne sarà concertata con l'AUSL e dovrà essere articolata sulla base dei bisogni assistenziali degli ospiti e delle esigenze organizzative determinate dalle collaborazioni con i servizi sanitari.

5. La programmazione dell'articolazione dei turni di servizio, rappresentativa dell'assistenza da erogare, sarà trasmessa al Responsabile infermieristico e tecnico di area distrettuale che la validerà quale modello cui attenersi.

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".

6. La verifica della variabilità organizzativo-assistenziale viene effettuata ogni tre mesi.

La programmazione dovrà contemplare anche la variabilità organizzativo-assistenziale, determinata da assenza improvvisa del personale infermieristico.

Si ritiene di fissare i seguenti standard:

- Minimo 6 ore/die di assistenza sulle 12 ore/die dovute per massimo 7 giorni in 6 mesi.
- Incremento di massimo del 25% dell'assistenza infermieristica dovuta, per massimo 7 giorni/anno ad eccezione di eventuali ulteriori periodi autorizzati preventivamente dal Responsabile infermieristico e tecnico di area distrettuale.

7. Qualora la ridotta erogazione dell'assistenza infermieristica abbia superato i tempi massimi consentiti (7gg), l'AUSL determinerà la riduzione per le ore rimborsate ma non erogate agli utenti, da conteggiare in sede di conguaglio secondo quanto stabilito all'art. 11.

8. I turni di servizio realmente realizzati e i cartellini orari mensili del personale andranno presentati al Responsabile infermieristico e tecnico di area distrettuale, cui compete la verifica del rispetto di quanto indicato ai precedenti punti 4 – 5 – 6 - 7.

9. Le prestazioni infermieristiche sono rimborsate per il costo effettivamente sostenuto dal soggetto gestore, secondo le modalità indicate all'art. 11. Il rimborso non potrà comunque mai essere superiore al costo sostenuto dall'AUSL per il proprio personale che è fissato in 40.100,00 euro all'anno per un operatore a tempo pieno. L'importo è onnicomprensivo, così come indicato da DGR 514/09 e s.m.i., allegato D.1 "Requisiti Generali RG" punto 2.1.

10 Nel corso del 2016 saranno riconosciute e di conseguenza rimborsate le ore che il personale infermieristico effettuerà per la frequenza ad eventi formativi organizzati ed accreditati dall'Azienda UsI di Reggio Emilia e segnalati dalla Direzione Infermieristica di Dipartimento. Tali ore dovranno essere rendicontate in modo distinto da quelle prestate per l'assistenza diretta.

### G) Assistenza riabilitativa

1. Il Soggetto gestore garantisce all'interno del servizio accreditato, agli anziani non autosufficienti assistiti secondo gli standard indicati nella DGR 514/09 s.m.i. e commisurata alle effettive necessità, un'assistenza riabilitativa pari a:

<b>ASSISTENZA RIABILITATIVA - SAN GIUSEPPE - 2016</b>			
N° ANZIANI	DEFINITIVI	SOLLIEVI	TOTALE
	45	2,5	47,5
<b>unità fkt da garantire (1 fkt per ogni 60 anziani)</b>			<b>0,792</b>
<b>ASSISTENZA RIABILITATIVA - DEMENTI - SAN GIUSEPPE 2016</b>			
n° anziani dementi			7
<b>unità fkt da garantire (1 fkt ogni 40 dementi)</b>			<b>0,175</b>

2. Tale conteggio è comprensivo delle sostituzioni per ferie e per malattie inferiori ai 25 giorni continuativi. Nel caso di lunga assenza superiore ai 25 giorni continuativi, 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 solonel caso sul Gestore gravi il costo della lunga assenza (da autodichiarare) e per il solo personale dipendente (non per quello somministrato).

Il fabbisogno di personale riabilitativo è aggiornato periodicamente, contestualmente all'adeguamento previsto per il personale assistenziale.

3. Il monte ore minimo di assistenza che tali unità devono garantire nell'anno è pari a  $0,967 \times 1.548 = 1.496,92$  (monte ore annuo di presenza attiva).

4. Le prestazioni riabilitative sono rimborsate per il costo effettivamente sostenuto dal soggetto gestore, secondo le modalità indicate all'art. 11. Il rimborso non potrà comunque mai essere superiore al costo sostenuto dall'AUSL per il proprio personale che è fissato in 35.000,00 euro all'anno per un operatore a tempo pieno.

5. La programmazione dell'articolazione dei turni di servizio, rappresentativa dell'assistenza da erogare, sarà trasmessa al Responsabile infermieristico e tecnico di area distrettuale che la validerà quale modello cui attenersi.

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".

6. La verifica della variabilità organizzativo-assistenziale viene effettuata ogni tre mesi.

La programmazione dovrà contemplare anche la variabilità organizzativo-assistenziale, determinata da assenza improvvisa del personale riabilitativo.

Si ritiene di fissare i seguenti standard:

- non presenza del fisioterapista per massimo 7 giorni consecutivi e per massimo 21 giorni all'anno;
- per garantire continuità assistenziale riabilitativa si prevede l'incremento di massimo il 20% della presenza oraria prevista nelle 2 settimane successive alla settimana di assenza;

L'Ente Gestore si impegna comunque a garantire la prosecuzione di percorsi riabilitativi non differibili.

7. I turni di servizio realmente realizzati e i cartellini orari mensili del personale andranno presentati al Responsabile infermieristico e tecnico di area distrettuale, cui compete la verifica del rispetto di quanto indicato ai precedenti punti 5 e 6.

### Art. 9 - Remunerazione del servizio

1. La remunerazione del servizio accreditato oggetto del presente Contratto di servizio, è predeterminata dalla Regione Emilia Romagna (RER) mediante propri atti e non è oggetto di contrattazione.

2. Attraverso l'applicazione del case-mix al costo di riferimento per giornata di accoglienza in CRA, stabilito dalla RER, è possibile determinare il costo di riferimento unitario e con esso:

- le tariffe regionali per i servizi accreditati, a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA);
- le quote di contribuzione (rette) dovute dagli utenti, eventualmente assunte a proprio carico (in misura totale o parziale) dai Comuni, per gli assistiti in condizioni economiche disagiate.

3. Fino alla deliberazione da parte della RER di un sistema tariffario dedicato, alla remunerazione del servizio concorre altresì il rimborso da parte dell'AUSL delle prestazioni sanitarie a carico del Bilancio dell'Azienda USL (Fondo Sanitario Regionale), nei termini stabiliti dall'art.8.

4. L'importo della tariffa e delle quote di contribuzione degli utenti sono determinati dalla Committenza, sulla base del costo di riferimento del servizio accreditato e dell'esito della valutazione degli utenti; al valore medio di struttura sono applicati gli elementi di flessibilità previsti dalla vigente normativa. Gli importi sono da intendersi IVA inclusa.

Per l'anno 2016, primo di validità del presente contratto la tariffa e la retta a carico utente/comune, sono così determinate:(vedi tabella di calcolo allegata al presente contratto)

CASA RESIDENZA ANZIANI (comprese dimissioni protette):

Tariffa a carico del FRNA	€ 36,70 per giornata
Retta a carico utente/Comune	€ 50,05 per giornata
Totale	€ 86,75 per giornata

#### RICOVERI DI SOLLIEVO PRIMI 30 GIORNI

Tariffa a carico del FRNA	€ 68 per giornata
Retta a carico utente/Comune	€ 26,5 per giornata
Totale	€ 94,50 per giornata

#### RICOVERI DI SOLLIEVO OLTRE IL TRENTESIMO GIORNO

Tariffa a carico del FRNA	€ 44,45 per giornata
Retta a carico utente/Comune	€ 50,05 per giornata
Totale	€ 94,50per giornata

#### NUCLEO SPECIALE DEMENZE

Tariffa a carico del FRNA	€ 54 per giornata
Retta a carico utente/Comune	€ 50,05 per giornata
Totale	€ 104,05 per giornata

La retta a carico utente/Comune indica la quota della remunerazione del servizio non a carico del FRNA ed è determinata in dettaglio nell'art. 10, al quale si fa rimando.

5. Nel corso di validità del presente contratto, gli importi indicati sono rideterminati annualmente dalla Committenza, in base alle variazioni rilevate nella valutazione degli utenti, e/o a specifiche indicazioni regionali; contestualmente sono verificate le condizioni che hanno determinato l'applicazione degli elementi di flessibilità.

I nuovi importi sono tempestivamente comunicati al Soggetto gestore in via telematica, mediante PEC, con la specifica indicazione della data di decorrenza.

## **Art. 10 - Determinazione delle quote di contribuzione**

1. La disciplina e la determinazione annuale delle quote di contribuzione a carico degli utenti, compete alle Amministrazioni comunali competenti nell'ambito degli indirizzi della Regione e dell'Organismo competente. La retta è riferita alla tipologia del servizio ed è indipendente dal livello assistenziale degli utenti. La retta determinata dai sistemi di contribuzione comunali non può essere superiore a quella indicata all'art.9.

La riscossione delle rette a carico degli utenti, di norma, compete al Soggetto gestore accreditato.

2. Il Comune di residenza dell'utente, al momento della presentazione della domanda di accesso al servizio da parte dell'utente e comunque prima dell'effettivo ingresso in struttura, assicura la valutazione dei mezzi e delle condizioni economico-finanziarie dell'utente che richiedano integrazione alla retta, finalizzata alla definizione:

- degli impegni economici a favore del soggetto gestore a carico dell'utente e/o dei suoi famigliari (quota di contribuzione);
- della quota di integrazione a carico del Comune, se prevista;
- della modalità di pagamento della quota di contribuzione.

3. Il Soggetto gestore accreditato e l'utente e/o suoi famigliari, contestualmente alla definizione del PAI e comunque prima dell'accesso in struttura, sottoscrivono un contratto d'ingresso con l'accettazione delle condizioni definite al comma 3.

4. Nel caso che l'utente sia esonerato totalmente o parzialmente dal pagamento della quota di contribuzione, ai sensi di quanto previsto dal comma 1, il Servizio sociale territorialmente competente comunica tempestivamente al Gestore l'assunzione dell'onere a proprio carico. In ogni caso, dovrà essere assunto l'impegno da parte dell'utente o suo rappresentante o altra persona obbligata o non obbligata agli alimenti ai sensi del codice civile, al versamento alla struttura delle pensioni ed ogni altra indennità di cui l'anziano è titolare fino al raggiungimento della retta, al netto della quota destinata alle spese personali dell'utente stesso (determinata in un ammontare pari al 20% del minimo INPS ex lavoratori dipendenti). Allo stesso modo verranno valutati e valorizzati il patrimonio mobiliare e il patrimonio immobiliare dell'anziano, nonché la compartecipazione dei figli in relazione alla loro capacità economica.

5. in casi di ingresso in emergenza/urgenza, l'ente gestore è autorizzato ad applicare all'utente la tariffa massima fino a definizione di eventuale contribuzione comunale (di norma entro trenta giorni dalla data dell'ingresso). La comunicazione del Comune di residenza di eventuale compartecipazione al pagamento della tariffa rideterminerà la posizione dell'utente dal momento del suo ingresso in emergenza/urgenza. In ogni caso dovranno essere assicurate al gestore il versamento di pensioni, indennità e/o altre risorse in disponibilità dell'anziano fin dal suo ingresso.

6. In caso di insorgenza di morosità nel pagamento della quota di contribuzione da parte dell'utente, il soggetto Gestore provvederà ad inviare all'utente, e per conoscenza ai Servizi Sociali Territoriali competenti, un sollecito di pagamento, a mezzo raccomandata, con indicazione del termine per adempiere al pagamento. Trascorso infruttuosamente tale termine, il soggetto Gestore provvederà ad informare i Servizi Sociali Territoriali competenti dell'inadempienza dell'utente e della definitiva messa in mora dello stesso. Conseguentemente, il soggetto Gestore potrà provvedere al recupero del credito tramite vie legali o normativamente ammesse.

7. I Servizi Sociali Territoriali competenti avranno a disposizione 60 giorni dalla segnalazione della messa in mora per elaborare un progetto condiviso con l'utente, la famiglia e il soggetto Gestore, che identifichi le cause della morosità e ne trovi soluzione. Le soluzioni dovranno essere commisurate alle problematiche

identificate connesse alla morosità stessa: a titolo di esempio compartecipazione del Comune, nomina Amministratore di Sostegno, rivalutazione situazione patrimoniale ecc. Dal momento della stesura progettuale, il Comune assumerà corresponsabilità rispetto al pagamento della retta al soggetto Gestore, monitorando l'andamento dell'accordo condiviso, garantendo al soggetto Gestore la retribuzione dovuta e garantendo verso le morosità maturate dal momento della stesura progettuale condivisa l'attivazione delle proprie procedure di recupero (le morosità pregresse rimangono al carico del soggetto Gestore e alle sue modalità di recupero crediti). La presente procedura è sperimentale e sottoposta a verifica con eventuali modifiche e integrazioni che si riterranno necessarie.

8. Il soggetto Gestore, dal canto suo, assicura corrette procedure di riscossione, garantendo come minimo per ogni morosità, oltre al sollecito di pagamento di cui al precedente comma 6, le seguenti azioni/procedure:

- secondo sollecito amministrativo con indicazione del termine di pagamento
- diffida ad adempiere con termine di pagamento
- eventuale proposta di adozione di un piano di rientro del debito pregresso
- ingiunzione fiscale/decreto ingiuntivo

9. Per l'anno 2016, primo di validità del presente contratto, la quota individuale di contribuzione a carico degli utenti è stabilita in:

euro 50,05 per giornata di accoglienza in CRA

A seguito di intervenute variazioni delle quote di contribuzione a carico degli utenti e della conseguente variazione della parte a carico del Comune, i nuovi importi sono tempestivamente comunicati al Soggetto gestore accreditato, in via telematica mediante PEC, con la specifica indicazione della data di decorrenza.

10. È esclusa la revisione retroattiva delle quote di contribuzione. Le quote eventualmente riviste non possono essere applicate prima di aver debitamente informato gli utenti.

## **Art. 11 – Pagamenti e rimborsi**

1. L'Azienda Usi, in qualità di soggetto gestore del FRNA, liquiderà al Soggetto gestore accreditato il dovuto per le tariffe a carico del FRNA, sulla base di regolari fatture o documenti equipollenti:

AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA – DISTRETTO DI REGGIO EMILIA

- aventi a oggetto: LIQUIDAZIONE FRNA POSTI CRA MESE DI....
- cui devono essere allegati: FILE EXCEL come descritti nell'art 20

2. Fino alla deliberazione da parte della RER di un sistema tariffario dedicato, l'Azienda USL rimborserà al Soggetto gestore accreditato le spese effettivamente sostenute per le prestazioni sanitarie erogate agli ospiti di cui all'art. 8.

2.1 - Per garantire pagamenti mensili coerenti con le altre tipologie di pagamento e con gli adempimenti contabili e fiscali, ad inizio anno è determinato un costo medio di struttura per il personale infermieristico; tale importo è suddiviso in dodici quote uguali che rappresentano l'importo fisso oggetto di fatturazione per i primi undici mesi.

L'importo della dodicesima quota, di norma quella coincidente con il pagamento del mese di dicembre, è rideterminato per tenere conto delle differenze rilevate tra costo medio preventivato e costo effettivamente sostenuto dal Soggetto gestore a consuntivo.

2.2 - Il costo medio di struttura è determinato sulla base del costo presunto che il gestore sostiene per tutto il personale infermieristico impiegato, moltiplicato per le unità di personale equivalenti che il gestore deve garantire per l'espletamento del servizio accreditato così come determinate all'art. 8.

Per consentire il calcolo del costo medio di struttura il soggetto gestore fornisce un prospetto nel quale sono indicate le seguenti informazioni, per ciascun professionista assunto in struttura:

nominativo – tipologia di contratto - durata del contratto - ore settimanali da contratto - costo complessivo presunto.

2.3 - Il costo medio di struttura è calcolato all'inizio dell'anno solare di riferimento per ogni anno di durata del presente contratto. Entro la metà di febbraio il gestore, su medesimo modulo e mantenendo i nominativi indicati in previsione, predispose il consuntivo di spesa, inserendo le eventuali modifiche intercorse in corso d'anno e le sostituzioni avvenute.

2.4 - Per il rimborso delle prestazioni di cui all'art. 8 lettera C punto 1.2 (governo clinico), per i recuperi di cui alla lettera F punto 5 (minore assistenza) e per ogni altra eventualità in cui sia richiesto l'impiego un parametro di calcolo orario, il costo orario medio di struttura è determinato nel seguente modo:

Personale costo medio di 1548 = euro ..../ora (Fino ad un massimo di 25,90  
infermieristico - struttura : euro/ora)

Personale costo medio di 154 = euro...../ora (Fino ad un massimo di 22,61  
riabilitativo - struttura : 8 euro/ora)

2.5 - Sia i rimborsi periodici del costo medio di struttura che i rimborsi orari sono liquidati sulla base di regolari fatture o documenti equipollenti:

- intestati a: AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA – DISTRETTO DI REGGIO EMILIA
- aventi a oggetto: RIMBORSO SPESE INFERMIERISTICHE PER CRA MESE DI....RIMBORSO SPESE FISIOTERAPICHE PER CRA MESE DI...
- cui devono essere allegati: CARTELLINI MENSILI TIMBRATURE

#### Art. 12 - Riscossione delle quote di contribuzione

1. Il Soggetto gestore accreditato prevederà le forme di riscossione più comuni per agevolare il pagamento delle quote di contribuzione a carico degli utenti. La modalità di pagamento scelta dall'utente è specificata nel contratto d'ingresso, di cui al comma 4 dell'art.10.

2. Al momento dell'inserimento in struttura, è data facoltà al Soggetto gestore di richiedere all'utente e/o ai suoi familiari il versamento anticipato di una quota pari a una mensilità a titolo di deposito cauzionale.

Il deposito cauzionale così costituito, non matura interessi di alcun tipo e potrà essere utilizzato dal soggetto gestore, previa comunicazione scritta, a compensazione parziale o totale di mancati pagamenti della quota utente. Ne è escluso l'impiego per la compensazione della quota di contribuzione a carico del Comune inviante.

In caso di cessazione del rapporto assistenziale con la struttura per dimissioni o decesso dell'utente, il deposito cauzionale dovrà essere tempestivamente e integralmente restituito ovvero, previo accordo con l'utente e/o suoi famigliari, utilizzato a copertura di tutta o parte della retta eventualmente ancora dovuta.

Della costituzione del deposito cauzionale, della sua entità e delle modalità di ripristino in caso di utilizzo è fatta esplicita menzione nel contratto d'ingresso di cui al comma 4 dell'art.10.

#### Art. 13 – Elementi di trasparenza e obblighi del Soggetto gestore

1. Il sistema di remunerazione stabilito dal presente contratto è onnicomprensivo. E' fatto divieto al Soggetto gestore di prevedere ulteriori introiti a carico degli utenti, oltre alla retta determinata ai sensi dell'art. 10.

2. Il Soggetto gestore provvederà alla riscossione delle quote di contribuzione dovute dagli utenti, garantendo il rispetto dei seguenti elementi di trasparenza:

- La retta è giornaliera e non può essere pagata anticipatamente rispetto al mese di competenza.
- La retta a carico degli ospiti, e la quota a carico del FRNA, sono riconosciute dal primo giorno d'ingresso nel servizio, sino al giorno di dimissione o decesso compreso.
- In caso di trasferimento ad altro servizio accreditato, la **retta a carico degli ospiti** è riconosciuta fino al giorno precedente il trasferimento al servizio da cui l'ospite è stato dimesso e dal giorno dell'inserimento al servizio ricevente; la **quota FRNA** è riconosciuta, esclusivamente per il giorno del trasferimento, sia al servizio da cui l'ospite è stato dimesso che al servizio ricevente, pertanto nulla è dovuto per l'eventuale conservazione anticipata del posto.
- 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 il Soggetto gestore è previsto il versamento del 45% della retta a carico dell'ospite ed il riconoscimento del 45% della quota a carico del FRNA.

3. Il Soggetto gestore rilascia, entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento, l'attestazione delle spese per l'assistenza specifica sostenute dagli utenti, sulla base delle giornate di presenza e dell'effettivo pagamento, che gli stessi potranno utilizzare ai fini fiscali nei casi previsti dalla legislazione vigente.

A tal fine le spese per l'assistenza specifica dei servizi accreditati, in base alla normativa vigente, vanno determinate conteggiando, al netto di eventuali contribuzioni e/o compartecipazione del Comune, il 50% della retta a carico dell'utente (anche nel caso di accoglienza temporanea di sollievo).

La reiterata inosservanza di quanto sopra costituisce grave motivo d'iniquità nei confronti dei cittadini e comporta la sospensione dell'efficacia del contratto di servizio e della liquidazione delle relative competenze.

4. Il Soggetto gestore accreditato assicura i flussi informativi stabiliti nei tempi e con le modalità definite dalla Regione.

#### **Art. 14 – Regole per i pagamenti e interessi di mora**

##### Per tariffe FRNA e prestazioni sanitarie effettuate del Soggetto gestore

1. I pagamenti al Soggetto gestore da parte dell'Azienda USL per i rimborsi delle prestazioni sanitarie e nella sua qualità di soggetto gestore del FRNA, sono effettuati entro sessanta giorni dalla data di ricevimento della fattura (o nota contabile equipollente).

2. La data di arrivo della fattura è attestata dalle notifiche di consegna del sistema di interscambio (SDI). L'attestazione di cui sopra fa fede a ogni effetto.

3. In caso di ritardato pagamento si applicano gli interessi legali di mora nella misura e secondo le modalità stabilite dalla vigente normativa.

4. Tutti gli interessi da ritardato pagamento sono interessi di mora comprensivi del risarcimento del danno ai sensi dell'art.1224, secondo comma, del codice civile.

5. Nel caso di contestazione, per vizio o difformità di quanto oggetto della fornitura/prestazione rispetto alle specifiche contrattuali, i termini di pagamento previsti nel presente articolo sono sospesi dalla data d'invio della nota di contestazione e riprenderanno a decorrere con la definizione della pendenza.

6. Resta espressamente inteso che in nessun caso, ivi compreso il caso di ritardi nei pagamenti dei corrispettivi dovuti, il Soggetto gestore potrà sospendere l'erogazione delle forniture o dei servizi.

#### **Art. 15 - Continuità del servizio**

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

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

3. In caso d'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.

#### **Art. 16 – Risorse umane**

1. Il Soggetto gestore assicura la presenza di personale qualificato come determinato nel provvedimento di concessione dell'accreditamento definitivo.

2. Il livello minimo di operatori sociosanitari, variabile in rapporto al case-mix di struttura, è determinato per l'anno 2016, primo di validità del presente contratto, nel seguente modo:

<b>OSS - SAN GIUSEPPE 2016</b>					
	<b>CLASSE A</b>	<b>CLASSE B ELEVATO</b>	<b>CLASSE C SEVEREO</b>	<b>CLASSE D MODERATO</b>	<b>TOTALI</b>
N ANZIANI CLASSIFICATI	8	14	23	2	47
RAPPORTO OSS	1/2	1/2	1/2,60	1/3,1	

TOTALE ANZIANI PER RAPPORTO	16,0	28,0	59,8	6,2	110,0
RAPPORTO DA GARANTIRE					2,340
<b>UNITA' DI PERSONALE DA GARANTIRE SU 45 PL DEFINITIVI</b>					<b>19,227</b>
<b>UNITA' DI PERSONALE DA GARANTIRE SU 2,5 PL SOLLIEVO</b>					<b>1,068</b>
<b>TOTALE UNITA' DI PERSONALE DA GARANTIRE</b>					<b>20,295</b>
<b>OSS NUCLEO SPECIALE DEMENTI - SAN GIUSEPPE 2016</b>					
	<b>CLASSE A</b>	<b>CLASSE B</b>	<b>CLASSE C</b>	<b>CLASSE D</b>	<b>TOTALI</b>
N ANZIANI CLASSIFICATI	7				7
RAPPORTO OSS	1/2	1/2	1/2,60	1/3,1	
TOTALE ANZIANI PER RAPPORTO REG	14	0	0	0	14
RAPPORTO DA GARANTIRE					2
<b>UNITA' DI PERSONALE DA GARANTIRE SU 7 PL DEMENTI</b>					<b>3,50</b>

Il livello minimo di personale sanitario è specificato all'art. 8, dove sono indicate le prestazioni sanitarie.

3. Le verifiche dei valori di cui al comma 2, sono effettuate contestualmente a quelle per la determinazione del fabbisogno del personale sanitario e comunicate al Soggetto gestore in via telematica, mediante PEC.

4. Al personale è assicurato il rispetto dei contratti di lavoro di riferimento, inclusa la contrattazione di secondo livello e tutte le relative indennità.

5. 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 ed essere costantemente aggiornato e professionalmente adeguato alle caratteristiche dei servizi, per potere efficacemente gestire le evoluzioni professionali, organizzative, operative e garantire che il servizio oggetto del Contratto sia dotato del migliore livello qualitativo professionale possibile.

6. Il soggetto gestore s'impegna a dare informazione al personale non dipendente dallo stesso, in merito al contenimento dei rischi interferenti.

In particolare dovrà essere focalizzata l'attenzione su: organigramma interno dei ruoli dedicati alla sicurezza negli ambienti di lavoro, corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuali e procedure da mettere in atto in caso di emergenza.

L'informazione dovrà avvenire per il personale al momento dell'inizio del servizio e dovrà essere supportata dal materiale in uso all'interno delle strutture e da idonea evidenza dell'avvenuta informazione.

#### **Art. 17 - Monitoraggio della regolare esecuzione del contratto**

1. Oltre a quanto previsto specificamente nei singoli articoli, il monitoraggio della regolare esecuzione del contratto di servizio è realizzato dai Committenti con le seguenti modalità:

- esame documentale delle informazioni fornite dal Soggetto gestore ed elencate nell'art. 20 o richiesta di ulteriore documentazione amministrativa, contabile, gestionale;
- richiesta dei committenti al Soggetto gestore di relazione su specifici episodi o situazioni che potrebbero rappresentare inadempienza contrattuale;
- visite di verifica richieste dai Committenti all'Organismo Tecnico di Ambito Provinciale, riguardanti il possesso da parte del servizio dei requisiti previsti dalla normativa sull'accreditamento.

2. Per l'esecuzione delle verifiche, il Soggetto gestore dovrà consentire l'accesso alla sede di svolgimento del servizio oggetto del presente contratto ai rappresentanti della Committenza, che saranno nominativamente indicati al gestore stesso.

#### **Art. 18 – Sospensione o risoluzione del contratto per inadempimento**

1. La sospensione o la revoca dell'accreditamento comporta rispettivamente la sospensione dell'esecuzione o la risoluzione di diritto del presente contratto, senza la maturazione d'indennizzi o simili a favore del Soggetto gestore per il periodo ulteriore e successivo.

2. Qualora, venissero riscontrati, anche sulla base delle azioni di monitoraggio previste dal presente contratto, inadempimenti contrattuali, i committenti dovranno trasmettere comunicazione scritta al Soggetto gestore a mezzo PEC.

La comunicazione dovrà contenere l'esatta descrizione delle circostanze contestate ed assegnare un termine non inferiore a quindici giorni, per la presentazione da parte del Gestore di controdeduzioni e osservazioni.

3. Nel caso in cui i committenti non accolgano le controdeduzioni presentate, provvederanno ad indicare un congruo termine l'adempimento. Se le circostanze rilevate sono atte a pregiudicare la sicurezza degli utenti, la contestazione di cui al punto precedente prevederà l'esecuzione immediata degli adeguamenti.

4. In caso di non accoglimento delle controdeduzioni ovvero di mancato rispetto del termine fissato per l'adempimento, sempreché si tratti di inadempienze tali da non comportare la sospensione o la revoca del provvedimento di accreditamento o, comunque, da pregiudicare la prosecuzione del rapporto contrattuale, al soggetto gestore, potranno essere applicate, penali commisurate all'entità dell'inadempienza rilevata, graduate in base alla gravità delle violazioni e in particolare

- sino a un massimo di € 10.000 nei casi di violazioni accertate rispetto alla fatturazione al FRNA e alla fatturazione agli utenti e ai Comuni; non adempimenti o ritardi superiori ai 60 giorni rispetto ai debiti informativi prescritti, mancata messa a disposizione delle risorse necessarie per le valutazioni periodiche del case-mix; mancata o ritardata (oltre i 30 gg) risposta ai committenti in ordine a relazioni su specifici episodi o situazioni, sia sui singoli utenti che su situazioni che potrebbero rappresentare inadempienza contrattuale; negazione accesso alle strutture degli organismi di controllo (OTAP e Commissioni di Vigilanza) e altre violazioni meno gravi.
- sino a un massimo di € 50.000 nei casi di violazioni del contratto di lavoro nazionale e decentrato applicato ai dipendenti ed accertato dalle autorità competenti; mancato adempimento delle prescrizioni di accesso del SAA, interruzioni della continuità del servizio non dovute a cause di forza maggiore, violazioni rispetto a qualifiche dichiarate del personale impiegato in struttura ed altre violazioni gravi

La comminazione della penale, in ogni caso, non impedisce il risarcimento del maggior danno.

5. Nel caso d'inadempienze gravi e ripetute che comportino per non meno di tre volte l'applicazione delle succitate penalità, i committenti potranno risolvere il Contratto di servizio.

#### **Art. 19 - Modalità di revisione del contratto**

1. Qualora occorranza obiettive sopravvenienze fattuali o giuridiche, che siano tali da rendere non più confacente all'interesse pubblico il rapporto, si applica l'articolo 11, comma 4, della legge n. 241/1990.

A tale scopo, l'indennizzo a favore del Soggetto gestore è convenuto in misura pari al 50% del danno emergente, comunque con esclusione di qualsiasi indennizzabilità del lucro cessante.

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

- revisione 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.

2. Quando sono verificati i presupposti per la revoca o il recesso a norma del precedente comma, e non sussistono ragioni di urgenza o situazioni tali da precludere una rinegoziazione del rapporto, la

Committenza, formula al Soggetto gestore una proposta di modifica delle pattuizioni. Se le parti non raggiungono un'intesa sulla rinegoziazione entro trenta giorni dal ricevimento della proposta, la revoca o il recesso possono essere esercitati unilateralmente.

La rinegoziazione non può comunque svolgersi in contrasto con l'atto di accreditamento.

## **Art. 20 - Flussi informativi**

1. Il Soggetto gestore assicura il regolare e costante flusso informativo nei confronti della Regione (ad es flusso FAR), e nei confronti della Committenza, in base alle disposizioni ed alle modalità che saranno dagli stessi definite.

2. Il Soggetto gestore, assicura i seguenti flussi informativi:

All'AUSL, committente per le prestazioni sanitarie e gestore del FRNA:

- Elenco mensile (su file excel) degli ospiti classificati per tipologie di ricovero (fogli separati per ricoveri definitivi, sollievi primo mese, sollievi secondo e terzo mese, nucleo demenze, ) che dovrà contenere: cognome e nome, data di nascita, nuova ammissione nel mese/data ingresso, data di assegnazione sul posto del SAA, data uscita per ricovero o altro, dato rientro, data decesso, gg di presenza, giorni di assenza, tariffa piena e tariffa ridotta, totale per persona, (file fornito dall'Ausl). Si precisa che i campi dovranno essere tutti compilati coi dati richiesti, in caso di incompletezza il file verrà restituito al Gestore per la corretta compilazione e non verranno prese in esame le fatture ad esso relative ;
- Turni mensili svolti dal personale infermieristico e fisioterapico, ad inizio anno schema della turnazione degli infermieri e dei fisioterapisti, documentazione relativa ai titoli di studio e iscrizione all'albo (se dovuta) del personale impiegato, documento attestante l'eventuale lunga assenza del personale, attestazione delle ore di formazione mensili effettuate dal personale presente a corsi la cui partecipazione è sollecitata dal Distretto Ausl
- All'Ufficio di Piano: attestazione (da effettuarsi entro il 30/4 dell'anno successivo) dell'ammontare complessivo della compartecipazione incassata dagli utenti del distretto per l'anno precedente sui posti convenzionati.

Per consentire un puntuale monitoraggio delle attività e delle spese è indispensabile che la documentazione mensile sopra citata sia inviata all'Ausl entro e non oltre la metà del mese successivo, i costi del personale infermieristico e fisioterapico dovranno essere inviati (come già specificato all'art 11 punto 2.3) entro il mese di febbraio dell'anno successivo.

2. Il soggetto gestore si impegna inoltre all'utilizzo di strumenti informatici di prese in carico, valutazione e gestione ed a collaborare affinché il sistema Garsia possa fare da punto centrale di raccolta dati.

Per quanto detto il Gestore garantisce:

1. Per la rilevazione accesso/dimissioni, le presenze/assenze, i dati trimestrali legati al FAR e, là ove richiesto, le singole quote FRNA
  - L'utilizzo dei moduli Garsia che saranno predisposti;
  - La partecipazione del proprio personale agli specifici momenti formativi che saranno proposti/organizzati; o in alternativa
  - L'integrazione dei proprio sistemi con il sistema Garsia secondo le specifiche che verranno definite (connettore, web service, trasferimento dei files nei formati richiesti, ecc) e che si baseranno sullo standard Garsia.
2. Per quanto riguarda il case-mix e la rivalutazione annuale l'utilizzo del modulo specifico presente in Garsia;
3. Per quanto riguarda le rilevazioni della presenza del personale infermieristico e della riabilitazione l'inserimento dei dati a Garsia;
4. Per quanto riguarda la fatturazione, l'utilizzo dei Garsia per produrre una "fattura proforma" con le modalità che verranno definite quando sarà reso disponibile il modulo specifico.

Si fa presente che Garsia si affianca agli strumenti informatici attuali, quali ad es i sopra citati fogli excel, utilizzati per comunicare dati tra Gestore e Ausl, che rimangono quindi in essere, con l'obiettivo di medio termine di sostituirli diventando esso l'unico strumento.

3. Nel caso di verifica, da parte dei committenti, dell'inattendibilità e/o non veridicità dei dati forniti dal gestore, sarà data comunicazione all'Ente competente al rilascio dell'accreditamento per i provvedimenti conseguenti.

### **Art. 21 – Risorse patrimoniali**

1. Per l'esecuzione del presente contratto di servizio l'Ente Gestore si avvarrà delle seguenti risorse patrimoniali: immobile in proprietà sito in via Roma 49 a Quattro Castella (Reggio Emilia).
2. La copertura assicurativa per danni a terzi – inclusi gli utenti, l'Ente proprietario e i prestatori di lavoro – a causa dell'attività espletata dal Soggetto gestore spetta al Soggetto gestore medesimo.

### **Art. 22 - Elezione del foro**

1. In caso di lite tra le Parti, il Foro competente è quello di Reggio Emilia.

### **Art. 23 - Protezione dei dati personali**

1. Il Soggetto gestore s'impegna al rispetto del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e, in particolare, si obbliga a trattare esclusivamente i dati personali e sensibili indispensabili per le proprie attività istituzionali.
2. I Committenti e il Soggetto gestore sono contitolari dei dati relativi agli utenti e adotteranno le misure organizzative più opportune per facilitare lo scambio delle informazioni e del materiale documentale, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

### **Art. 24 - Spese contrattuali e di registrazione**

1. Registrazione: Il presente contratto è soggetto a registrazione solo in caso di uso, ai sensi dell'art. 5, secondo comma, del D.P.R. 26/04/1986, n. 131.
2. Bollo: il Soggetto gestore dichiara di essere esonerato dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 27 bis Tab. B DPR 642/72.

### **Art. 25 - Norme finali**

1. 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.

Direttore del Distretto di Reggio Emilia  
Dott. Elisabetta Negri

Comune di Reggio Emilia (Ente istituzionalmente competente per il rilascio accreditamento)  
Dott.ssa Elena Davoli

Unione Colline Matildiche  
Dott.ssa Federica Cirlini

Visto per congruità  
Responsabile Ufficio di Piano Zona sociale di Reggio Emilia  
Dott.ssa Silvia Guidi

Per accettazione  
Legale Rappresentante LA VILLA spa  
Dott.ssa Simona Palazzoli

#### **ALLEGATI:**

1. PROVVEDIMENTO ACCREDITAMENTO DEFINITIVO

SAN GIUSEPPE.docx

2. PROVVEDIMENTO ACCREDITAMENTO DEFINITIVO E CONFERMA

3. SCHEDA DI CALCOLO