

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 Cirlini 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 Lorenza Benedetti, dirigente del Servizio "Programmazione del sistema di welfare" ad interim con scad. 31/12/2019, 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 135704 del 10/7/2019, dell'art. 59 dello Statuto Comunale e dell'art. 40 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. La convenzione approvata con Delibera di Consiglio Comunale di Reggio Emilia n.193 del 12.12.2016, con atti del Consiglio dell'Unione Terra di Mezzo - n. 31 del 15.12.2016 - ; dell'Unione Colline Matildiche - n. 20 del 29.11.2016, che individuano quale Comune capofila dell'ambito distrettuale, il Comune di Reggio Emilia e che all'art. 8 conferma quanto previsto dall'Accordo di Programma sottoscritto dai Comuni del Distretto in data 31/03/2010 e approvato con Decreto del Sindaco di Reggio Emilia n. 6118 del 31.03.2010 in cui è stato definito l'assetto istituzionale per l'accREDITAMENTO dei servizi sociali e sociosanitari, così come segue:

- a. si è identificato nel Comune di Reggio Emilia -quale Comune capofila del Distretto- il soggetto istituzionalmente competente che provvede all'accREDITAMENTO per conto delle esigenze dell'ambito distrettuale;
- b. sono state fornite indicazioni sulle tipologie e le quantità dei servizi e delle strutture idonee a soddisfare il fabbisogno individuato;
- c. si è identificata come Responsabile del Procedimento di accREDITAMENTO la Dirigente del Servizio di Programmazione del sistema di welfare del Comune di Reggio Emilia, per la quale non si configurano responsabilità dirette di gestione dei servizi e come Responsabile delle procedure di istruttoria (per l'accREDITAMENTO definitivo e provvisorio) la Responsabile dell'Ufficio di Piano.

3. Nella seduta del 27 luglio 2018, è stato sottoscritto ed approvato dai rappresentanti dei Comuni del Distretto di Reggio Emilia e dell'Azienda Usl di Reggio Emilia l'Accordo di Programma di adozione del "Piano di Zona per la salute ed il benessere sociale 2018 – 2020" con Decreto del Sindaco del Comune di Reggio Emilia n 2018/PG/98721 del 31/7/18, e dalla Direzione del Distretto di Reggio Emilia con atto 2018/RE/64 del 28/8/18;

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 2019 il fabbisogno è individuato nel Programma attuativo 2019 approvato dal Comitato di distretto in data 07/05/2019.

5. L'atto di rinnovo dell'accreditamento definitivo è stato rilasciato dal Comune di Reggio Emilia con R.U.A.D. 1954 del 4/12/19 a La Villa Spa per il servizio Casa Residenza Anziani Pensionato S.Giuseppe di Quattro Castella per il periodo 1/1/2020 – 31/12/2024 ed è acquisito agli atti da parte dei contraenti;

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 e anche committente:

Comune di Reggio Emilia Via Guido da Castello 13 42121 RE

PEC:comune.reggioemilia@pec.municipio.re.it

Referente operativo dott.ssa Lorenza Benedetti, dirigente del Servizio "Programmazione del sistema di welfare" ad interim con scad. 31/12/2019.

– per la committenza:

Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia, Distretto di Reggio Emilia PEC:

distretto Reggio Emilia@pec.ausl.re.it

Referente operativo Dott.ssa Elisabetta Negri Direttore del Distretto di Reggio Emilia e Dott.ssa Marina Greci

Direttore del Dipartimento Cure Primarie Area Reggio –Ausl Via Amendola 2 - Villino Svizzero

Unione Colline Matildiche

Referente operativo: dott.ssa Chiara Borsalino -PEC unione@pec.collinematildiche.it

– per il Soggetto gestore:

Referente operativo Lisa Ambrosini – Matteo Marastoni c/o PENSIONATO "SAN GIUSEPPE"

Via Roma n.49 – 42020 Quattro Castella – Reggio Emilia (RE) PEC lavilla@pec.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 S. Giuseppe di Quattro Castella 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 dal 1/1/2020 e si conclude il 31/12/2024.

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

Il Soggetto gestore accreditato fornirà il servizio assicurando, per l'anno 2020, localmente la seguente offerta di prestazioni:

N 49 posti di Casa Residenza Anziani a carattere definitivo

N 2,5 posti di Casa Residenza Anziani a carattere temporaneo (per un totale complessivo massimo per l'anno 2020 di n 915 giornate)

N 7 posti di Nucleo Speciale Demenze (per un totale complessivo massimo per l'anno 2020 di n 2.562 giornate)

Nell'arco di vigenza del contratto le parti si impegnano a valutare la possibilità di ampliamento del nucleo speciale demenze coerentemente ai bisogni rilevati nell'ambito della programmazione di zona.

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.

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;

Le caratteristiche quali/quantitative dei servizi offerti e i volumi di attività indicati sono oggetto di revisione da parte dalla 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 in via telematica, mediante PEC, almeno 30 GG 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 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 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 ospiti

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, 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.

Ai fini del perfezionamento dell'ingresso, l'utente ammesso dovrà sottoscrivere con il Gestore il contratto di ingresso previsto al seguente art. 10.

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 e nelle linee di indirizzo annualmente definite nella programmazione distrettuale.

La copertura dei posti resisi disponibili è comunque assicurata dalla committenza, di norma, entro 2/3 giornate lavorative.

6. Con cadenza semestrale e sulla base dei dati forniti dal Soggetto gestore nell'ambito dei flussi informativi obbligatori, il SAA 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. Tali dati sono presentati all'Ufficio di Piano distrettuale.

7. Nel caso in cui per un semestre la percentuale di impiego dell'offerta accreditata sia inferiore al 96%, 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 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.

8. 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.

9. Eventuali inserimenti di utenti disabili e/o grad saranno concordati con l'Ente Gestore.

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 – Classificazione degli ospiti (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 novembre il Soggetto gestore opera una valutazione degli ospiti, riconducendone la condizione a uno dei livelli di classificazione indicati dalla RER, e ne trasmette l'esito al Responsabile SAA. Il processo di valutazione avviene attraverso la compilazione per ciascun ospite dell'apposito modulo di valutazione predisposto dall'AUSL. La 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 Soggetti gestori a cura dei SAA di ciascun distretto.

4. In caso di sostanziali modifiche nelle condizioni degli ospiti, su richiesta del Soggetto gestore 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 giorno successivo a quello di pubblicazione dell'atto stesso. Dal primo giorno del mese successivo alla data di pubblicazione dell'atto stesso.

5. Il risultato della valutazione per l'anno 2020, primo di validità del presente contratto, è il seguente:

Utenti valutati al fine del case-mix	Livello A	Livello B	Livello C	Livello D
49	12	12	25	0

Le successive revisioni nella composizione dei livelli degli utenti, ordinarie e straordinarie, sono comunicate al Soggetto gestore 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. Tale modalità dovrà consentire anche una corretta gestione e monitoraggio delle scorte.

L'Azienda USL provvederà alla diffusione delle linee di indirizzo sui farmaci nelle CRA, prodotte dalla Regione Emilia Romagna.

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, il Soggetto gestore dovrà garantire la presenza di una dotazione di dispositivi assistenziali, per mobilità e il mantenimento delle autonomie funzionali residue, per utenti su posti accreditati, contrattualizzati o privati, quali letti articolati, deambulatori standard, materassi antidecubito, comode.

Ai sensi del DM 332/99 e del DPCM del 12 gennaio 2017 (nuovi LEA), l'AUSL si impegna a fornire i presidi prescritti "individualmente" a persone con invalidità certificata. Restano esclusi dalla fornitura da parte dell'AUSL i presidi per l'incontinenza ad assorbimento per utenti su posti contrattualizzati, poiché il relativo costo è già ricompreso nella tariffa giornaliera regionale e devono pertanto essere messi a disposizione dall'Ente Gestore. Saranno invece forniti dalla ASL per gli utenti su posti accreditati non contrattualizzati o privati. Nel caso un utente sia trasferito da posto non contrattualizzato o privato a posto contrattualizzato, il Gestore dovrà sospendere la fornitura.

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, senza preventiva comunicazione e invio della richiesta all'ufficio SAUB di residenza dell'ospite deceduto o che non ha più in uso il presidio.

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 10 ore settimanali che saranno garantite dal medico di diagnosi e cura in relazione al numero di scelte degli utenti sui posti contrattualizzati, fermo restando un minimo di 2 (due) ore/settimana su 2 (due) accessi, le restanti ore verranno garantite dai rispettivi medici di scelta degli utenti.

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 il sostituto indicato dal medico titolare. Per coloro che non sono medici di assistenza primaria, (p.e.: medici di continuità assistenziale), dovranno essere definite con la struttura diverse modalità di gestione dell'urgenza.

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 stessa, controfirmato dal coordinatore responsabile della medesima. Nel caso in cui la presenza del medico non corrisponda a quanto da lui dichiarato, il coordinatore non firmerà il registro e provvederà a segnalare le incongruenze al Responsabile di Area distrettuale del Dipartimento Cure Primarie.

Tale registro dovrà poi essere inviato mensilmente 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 è esercitata dall'infermiere ed è determinata in 7 ore settimanali, corrispondente a n. 0,19 unità equivalenti.

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

- Promuove, in collaborazione con il medico di diagnosi e cura, l'applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici assistenziali Aziendali compresi quelli proposti dal responsabile del Rischio clinico della AUSL;
- 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, riabilitativo e socio assistenziale, ne verificano lo svolgimento e le ricadute organizzative;
- promuove, in collaborazione con il medico di diagnosi e cura e con il responsabile del governo clinico distrettuale, incontri interni di verifica dell'attività sanitaria svolta e dei risultati ottenuti evidenziando eventuali significativi scostamenti tra obiettivi previsti e risultati ottenuti
- garantisce che la documentazione sanitaria degli ospiti sia adeguatamente aggiornata e completa in tutte le sue parti e consenta il monitoraggio degli obiettivi specificati nell'apposito schema trasmesso dall'Azienda USL, che dovrà essere semestralmente inviato al Responsabile di Area distrettuale del Dipartimento Cure Primarie.
- 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;
- è responsabile della corretta custodia, conservazione e gestione dei farmaci e dei dispositivi medici presenti in struttura;
- partecipa alla valutazione degli ospiti, ai fini della classificazione annuale del case mix;
- 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;
- Si fa carico di inviare al responsabile infermieristico di area territoriale del DCP:
 - il turno base del personale infermieristico;
 - il turno effettivo e cartellini mensili del personale infermieristico e riabilitativo entro il 15 del mese successivo;
 - la documentazione relativa a titolo di studio, iscrizione all'ordine di ogni infermiere/FKT;
 - la comunicazione di ogni nuova assunzione/trasferimento/variazione contrattuale di personale infermieristico con data di inizio e fine.

1.3 - Con la funzione di responsabilità delle attività sanitarie interamente assegnata a un infermiere, al Medico di diagnosi e cura resta comunque la responsabilità e l'espletamento di alcune specifiche funzioni (es.: gestione registro stupefacenti, monitoraggio infezioni di struttura, farmaco-vigilanza, ecc.), per le quali l'AUSL riconosce al medico un rimborso forfettario pari a 2 ore e 30 minuti settimanali, aggiuntive rispetto all'orario dovuto per la funzione di diagnosi e cura. Tali ore saranno decurtate dal totale delle ore del coordinamento infermieristico.

1.4 - Con la funzione di responsabilità delle attività sanitarie interamente assegnata a un infermiere, il Medico di diagnosi e cura partecipa alla valutazione degli ospiti ai fini della classificazione annuale del case-mix.

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

1.6 - 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

1.7 - Annualmente, il Soggetto gestore invia al Direttore del Programma Anziani e Fragilità o suo delegato, la sezione della relazione annuale che corrisponde agli indicatori di benessere delle persone accolte e della qualità dell'assistenza erogata, per l'analisi degli stessi e la definizione di eventuali azioni di miglioramento.

2 - Governo clinico distrettuale

2.1 - Il Responsabile di Area DCPA, sentito il Responsabile delle professioni sanitarie del DCP, individua il referente del governo clinico distrettuale che ha il compito di promuovere la qualificazione e l'omogeneità dell'erogazione dell'assistenza sanitaria nelle strutture residenziali del distretto in collaborazione con il direttore programma anziani e fragilità, il responsabile del SAA, i medici e gli infermieri responsabili dell'attività sanitaria.

2.2 - Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza erogata, il referente 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 Responsabile di area Dipartimento Cure primarie comunica al Responsabile SAA e al Coordinatore della Struttura il nominativo del Referente distrettuale per il governo clinico dell'assistenza sanitaria erogata e si impegna a comunicare eventuali variazioni.

D) Assistenza specialistica

1. L'AUSL garantisce prestazioni specialistiche ambulatoriali o domiciliari presso la struttura, in quest'ultimo caso, previa valutazione del Responsabile medico delle Cure Primarie.

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.

Il Soggetto gestore è altresì tenuto a garantire con risorse proprie l'assistenza infermieristica agli ospiti presenti su posti autorizzati eccedenti quelli oggetto del presente contratto, secondo i criteri di seguito indicati.

2. Sulla base della classificazione di cui all'art.7 il personale infermieristico per l'anno 2020, primo del presente contratto, è determinato nella seguente misura:

PENSIONATO SAN GIUSEPPE - ASSISTENZA INFERMIERISTICA - 2020				
		N° ospiti	Rapporto da garantire	Unità di personale infermieristico equivalente da garantire
Classe A	Grave disturbo comportamentale	12	1:12	1,00
Classe B	Elevato bisogno sanitario	12	1:10	1,20
Classe C	Grado severo	25	1:12	2,08
Classe D	Grado moderato	0	1:12	0,00
		49		
	Pazienti su posti SOLLIEVO	2,5	11,51	0,17
	Totale pazienti	51,5		
UNITA' EQUIVALENTI DA GARANTIRE				4,46
NUCLEO SPECIALE DEMENTI		7	1:12	0,58
Ospiti su posti a libero mercato		22	1:12	1,83

Il calcolo del personale infermieristico dovuto determina pertanto n.**6,87** unità equivalenti da garantire, di cui n **5,04** su posti contrattualizzati soggetti a rimborso e n. **1.83** su posti autorizzati non contrattualizzati e non soggetti a rimborso.

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

3. Il conteggio del personale infermieristico soggetto a rimborso 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 assenza prolungata superiore ai 25 giorni continuativi, dovuta a malattia o maternità, il Soggetto gestore invia apposita richiesta di rimborso all'Azienda USL, corredata dalla documentazione relativa all'assenza, alla sua tipologia e all'avvenuta sostituzione. I criteri e le modalità del rimborso sono quelli stabiliti al successivo art.11. 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).

4. 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.

5. 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.

6. L'articolazione oraria standard dovrà tenere in considerazione quanto stabilito dal Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n. 66 di attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE; la programmazione dell'articolazione dei turni di servizio, rappresentativa dell'assistenza da erogare, sarà trasmessa al Responsabile professioni sanitarie di area distrettuale o suo delegato.

7. 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 professioni sanitarie di area distrettuale o suo delegato.

8. Qualora la ridotta erogazione dell'assistenza infermieristica abbia superato i tempi massimi consentiti (7gg), l'AUSL determinerà la riduzione per le prestazioni rimborsate ma non erogate agli utenti, trasformate in unità equivalenti, e richiederà l'emissione di una nota di credito per il recupero dell'importo.

9. I turni di servizio realmente realizzati e i cartellini orari mensili del personale andranno presentati al Responsabile professioni sanitarie di area distrettuale o suo delegato, cui compete la verifica del rispetto di quanto indicato ai precedenti punti 4 - 5 - 6 - 7.

10. 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 unità equivalente a tempo pieno.

11. Il Soggetto gestore può chiedere l'attivazione di personale AUSL per la consulenza vulnologica per stadiare lesioni cutanee di difficile guarigione:

- attivata, su prescrizione del medico di struttura, dal servizio domiciliare che valuta la lesione e stabilisce la necessità dell'intervento dell'infermiere specialist in wound care;
- il professionista si recherà presso la struttura dotato dell'attrezzatura e materiale necessario e fornirà le indicazioni specifiche secondo le più recenti linee guida e le procedure in uso;
- il professionista svolgerà l'attività in orario di servizio;
- la struttura assume la responsabilità della presa incarico dell'ospite, ivi compresa la gestione successiva alla consulenza di cui sopra e dell'ottemperanza alle prescrizioni fornite dal professionista sulle modalità di trattamento.

Potrà inoltre essere valutata l'attivazione di personale esperto per l'effettuazione o la consulenza nella gestione dei cateteri venosi (PICC o simili) in pazienti con una grave compromissione del letto venoso. In questo caso dovranno essere individuate le modalità di attivazione in accordo con la struttura e sarà valido quanto previsto per la consulenza dell'infermiere specialist in wound care;

G) Assistenza riabilitativa

1. All'interno del servizio accreditato, il Soggetto gestore garantisce l'assistenza riabilitativa agli ospiti secondo gli standard indicati nella DGR 514/09 s.m.i. e commisurata alle effettive necessità.

Il Soggetto gestore è altresì tenuto a garantire con risorse proprie l'assistenza riabilitativa agli ospiti presenti su posti autorizzati eccedenti quelli oggetto del presente contratto, secondo i criteri di seguito indicati.

3. Il fabbisogno di personale riabilitativo per l'anno 2020, primo del presente contratto, è determinato nella seguente misura:

PERSONALE RIABILITATIVO - PENSIONATO SAN GIUSEPPE- 2020		
Criteri	n. ospiti	Unità di personale riabilitativo
		equivalente da garantire
Rapporto 1: 60	51,5	0,858
Rapporto 18 H: 10 (DEMENTI)	7	0,350
Ospiti su posti a libero mercato 1:60	22	0,367

Il calcolo del personale riabilitativo dovuto determina pertanto n. **1,575** unità equivalenti da garantire, di cui n. **1,208** su posti contrattualizzati soggetti a rimborso e n. **0,367** su posti autorizzati non contrattualizzati e non soggetti a rimborso.

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

3. Il conteggio del personale riabilitativo soggetto a rimborso è comprensivo delle sostituzioni per ferie e per malattie inferiori ai 25 giorni continuativi.

Nel caso di assenza prolungata superiore ai 25 giorni continuativi, dovuta a malattia o maternità, il Soggetto gestore invia apposita richiesta di rimborso all'Azienda USL corredata della documentazione riguardo dell'assenza, alla sua tipologia e dell'avvenuta sostituzione. I criteri e le modalità del rimborso sono quelli stabiliti al successivo art.11. 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).

4. L'articolazione oraria standard dovrà tenere in considerazione quanto stabilito dal Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n. 66 di attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE; la programmazione dell'articolazione dei turni di servizio, rappresentativa dell'assistenza da erogare, sarà trasmessa al Responsabile professioni sanitarie di area distrettuale o suo delegato.

5. 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.

6. Qualora la ridotta erogazione dell'assistenza riabilitativa abbia superato i tempi massimi consentiti (7gg), l'AUSL determinerà la riduzione per le prestazioni rimborsate ma non erogate agli utenti, trasformate in unità equivalenti, e richiederà l'emissione di una nota di credito per il recupero dell'importo.

7. I turni di servizio realmente realizzati e i cartellini orari mensili del personale andranno presentati al Responsabile professioni sanitarie di area distrettuale o suo delegato, cui compete la verifica del rispetto di quanto indicato ai precedenti punti 4 e 5.

8. 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 37.500,00 euro all'anno per unità equivalente a tempo pieno.

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.11.

4. Gli importi della tariffa e della quota di contribuzione a carico degli utenti sono determinati dalla Committenza, sulla base del costo di riferimento del servizio fissato dalla RER 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 2020, primo di validità del presente contratto la tariffa e la retta a carico utente/comune, sono così determinate:

Cra definitiva:

Tariffa a carico del FRNA	€. 37,13 per giornata
Retta a carico utente/Comune	€. 50,05 per giornata
Totale	€. 87,18 per giornata

Cra temporanea 1 mese:

Tariffa a carico del FRNA	€. 68,00 per giornata
Retta a carico utente/Comune	€. 26,50 per giornata
Totale	€. 94,50 per giornata

Cra temporanea 2 e 3 terzo mese:

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

Cra Nucleo demenze:

Tariffa a carico del FRNA	€. 54,00 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 disciplinata 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 - Quota di contribuzione utenti (retta)

1. La disciplina e la determinazione annuale delle quote di contribuzione a carico degli utenti, compete alle Amministrazioni comunali /Unioni competenti nell'ambito degli indirizzi della Regione e dell'Organismo competente.

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

2. 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.

3. Al momento della presentazione della domanda di accesso al servizio da parte dell'utente e comunque prima dell'effettivo ingresso in struttura, il Comune/Unione competente esegue la valutazione dei mezzi e delle condizioni economico-finanziarie dell'utente, 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;
- della modalità di recupero delle quote versate dal comune di cui al successivo comma 5..

4. Il Soggetto gestore, 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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

Per l'anno 2020, 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 Usl, 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:

- intestati a:

AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA – DISTRETTO DI REGGIO EMILIA

- aventi a oggetto: LIQUIDAZIONE FRNA POSTI CRA MESE DI....

- allegato come descritto nell'art 20 sull'utilizzo del sistema informativo Garsia.

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 secondo le seguenti specifiche. I commi seguenti si applicano sia al personale infermieristico che a quello riabilitativo, se del caso.

2.1 – Il rimborso del costo effettivo sostenuto dal Soggetto gestore è onnicomprensivo e comprende, oltre al costo del lavoro con tutte le indennità, la formazione e aggiornamento, la fornitura e gestione delle divise e dei dispositivi di protezione individuale nonché le sostituzioni di assenze non prolungate sino a 25 giorni.

2.2 - 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; 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 e costo effettivamente sostenuto dal Soggetto gestore.

2.3 - Il costo medio di struttura è determinato sulla base del costo presunto che il gestore sostiene per tutto il personale, espresso in unità equivalenti, da 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 (predisposto ed inviato dall'Ausl) nel quale sono indicate le seguenti informazioni, per ciascun professionista assunto in struttura:

- nominativo – tipologia di contratto – livello di inquadramento - durata dello stesso - ore settimanali da contratto - costo complessivo presunto con indennità ed oneri
- il dettaglio separato di costo: formazione e aggiornamenti effettuati, fornitura divise, lavaggio, dispositivi quali tipi.

2.4 - 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, predispone il consuntivo di spesa, inserendo le eventuali modifiche intercorse in corso d'anno e le sostituzioni avvenute.

2.5 Per il rimborso delle prestazioni di cui all'art 8 lettera C punto 1.5 (governo clinico) si procederà con la individuazione dell'unità equivalente di personale dedicato al coordinamento infermieristico, che verrà corrisposto al medesimo costo unitario medio dichiarato dal Gestore.

2.6 Rispetto a quanto definito all'art 8, lettera F) assistenza infermieristica comma 6-7 e assistenza riabilitativa comma 6-7, in caso di recupero per minore assistenza sia infermieristica che fisioterapica, si procederà alla riquantificazione delle unità equivalenti nel mese e, in base al numero di personale non presente si quantificherà il recupero dovuto.

Nel caso si renda necessario un parametro di riferimento non solo di unità equivalenti, si definisce di considerare il parametro giornaliero ricavato dividendo il costo medio mensile del personale per 365 gg.

2.7 – Per le assenze continuative superiori a 25 (venticinque) giorni, di cui all'art.8, lettera F) comma 3, e lettera G) comma 3, l'azienda USL rimborsa il costo effettivamente sostenuto del Soggetto gestore, per il periodo stabilito dalla vigente normativa e dagli specifici contratti di lavoro, sulla base di specifica richiesta alla quale deve essere obbligatoriamente allegato un prospetto con il dettaglio delle spettanze liquidate e l'indicazione della eventuale quota a carico INPS.

2.8 - Tutti i rimborsi 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 è tenuto a prevedere le forme di riscossione più comuni per agevolare il pagamento delle quote di contribuzione a carico degli ospiti. 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 al servizio da cui l'ospite è stato dimesso fino al giorno precedente il trasferimento e dal giorno dell'inserimento al servizio ricevente; la **quota FRNA** è riconosciuta per il giorno del trasferimento, sia al servizio da cui l'ospite è stato dimesso che al servizio ricevente.
- 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.

Di seguito si evidenziano alcune specifiche:

- **INGRESSO SU POSTO DEFINITIVO O DI SOLLIEVO**

Dalla data della mail di assegnazione posto del SAA, si concedono alle famiglie 2 giorni per organizzare l'ingresso. Se alle famiglie servono più giorni, si richiederà la firma del contratto per il mantenimento del posto con conseguente fatturazione di quota di assenza sia alla famiglia che al FRNA. Oppure si chiede la rinuncia scritta. Si fa presente che richiedere il rimborso del FRNA significa autodichiarare l'avvenuta compartecipazione del familiare ai termini contrattuali. Se la famiglia per qualche motivo non ottempera, si segnala al SAA richiedendo la sospensione dell'ingresso e un'altra autorizzazione di ingresso. Sarà il SAA a valutare il comportamento anche in deroga da tenere sul caso specifico.

• PERSONA RICOVERATA IN OSPEDALE

In caso l'utente assegnato per ingresso su posto letto di Cra definitivo o temporaneo sia ricoverato in struttura sanitaria (ospedale, hospice, strutture Dsm, lungodegenze...), per i primi 2 gg dalla data di invio della mail di assegnazione del SAA, la tenuta posto è a carico del Gestore, fatto salvo che il cittadino decida di sottoscrivere immediatamente il contratto che lo impegna a pagare il mantenimento del posto letto con una quota del 45% della tariffa utente. In ogni caso entro il terzo giorno il familiare/utente/ADS deve firmare il contratto di ingresso per il mantenimento posto. Contestualmente a tale data scatta anche il pagamento della quota FRNA con la stessa %.

Attraverso il sistema informativo GARSIA il Gestore inserirà nel modulo presenze anche la voce A relativa alle assenze non pagate, per consentire il monitoraggio dei dati.

Si fa presente che richiedere il rimborso del FRNA significa autodichiarare l'avvenuta compartecipazione del familiare ai termini del contratto.

Nel caso il familiare/utente, a causa della permanenza delle condizioni sanitarie, valuti momentaneamente di non accettare l'ingresso, il Gestore dovrà comunicarlo al SAA chiedendo l'assegnazione di un ulteriore nominativo. Il SAA, dopo un confronto con il Servizio Sociale territoriale, valuterà il mantenimento in lista d'attesa come situazione momentaneamente non ricoverabile.

RICOVERI DI SOLLIEVO

- Il monitoraggio delle giornate di presenza dei ricoveri di sollievo è a carico del Gestore e si concretizza nella disponibilità del posto comunicata al SAA. L'autorizzazione del SAA è da intendersi nel limite del numero di giornate contrattualizzate annualmente.

- Nel caso di inserimento temporaneo effettuato tra fine anno e inizio anno nuovo, vista la modalità di regolamentazione dei pagamenti, l'utente paga euro 26,50 nel mese di novembre/dicembre (se è il primo mese di ricovero) e paga ancora euro 26,50 in gennaio (come primo mese dell'anno nuovo). In caso si modifichi questo conteggio dei periodi, verrà data tempestiva comunicazione ai Gestori. Sarà l'assegnazione del SAA a determinare la quota primo mese/mesi successivi

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 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 dal 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 2020, primo di validità del presente contratto, nel seguente modo:

PENSIONATO SAN GIUSPPE - OSS - 2020				
		N° ospiti	Rapporto da garantire	Unità di personale infermieristico equivalente da garantire
Classe A	Grave disturbo comportamentale	12	1:2	6,00
Classe B	Elevato bisogno sanitario	12	1:2	6,00
Classe C	Grado severo	25	1:2,6	9,62
Classe D	Grado moderato	0	1:3,10	0,00
		49		
Pazienti su posti SOLLIEVO		2,5	2,31	1,08

Totale pazienti	51,5		
UNITA' EQUIVALENTI DA GARANTIRE			22,70
NUCLEO SPECIALE DEMENTI	7	1:2	3,5
Ospiti su posti su libero mercato	22	1:3,50	6,29

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, effettuate contestualmente a quelle per la determinazione del fabbisogno del personale sanitario sono anticipate al Soggetto gestore in via telematica, mediante PEC, negli anni successivi al primo anno di vigenza contrattuale, ad inizio del mese di gennaio e conseguentemente formalizzate nelle integrazioni contrattuali annue.

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 si impegna a garantire adeguate polizze assicurative, in particolare contro il rischio delle responsabilità civili per danni a cose o a persone connessi all'attività svolta.

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 di 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 o raccomandata AR.

La comunicazione dovrà contenere l'esatta descrizione delle circostanze contestate ed assegnare un termine non inferiore a 15 giorni per la presentazione da parte dell'ente gestore di controdeduzioni ed osservazioni ed attivare il contraddittorio.

3. Se le inadempienze rilevate sono atte a pregiudicare la sicurezza degli utenti, la contestazione di cui al punto precedente dovrà prevedere l'immediata esecuzione degli adeguamenti.

4. Nel caso in cui le inadempienze non comportino la revoca del provvedimento di accreditamento e, comunque, non rivestano un carattere tale da pregiudicare la prosecuzione del rapporto contrattuale, al soggetto gestore potranno essere applicate penali secondo le fattispecie indicate di seguito, calcolate sul valore del fatturato totale dei posti contrattualizzati, che comprende quota azienda AUSL e utente, della struttura sottoposta a contestazione, ed elencate in ordine di importanza:

- 1(uno)% del valore dell'ultimo fatturato **mensile** del presente contratto, in caso di uno dei seguenti inadempimenti:
 - a) Accertata carenza nella cura della persona;
 - b) Accertata grave carenza igienica della struttura e/o negli aspetti alberghieri;
 - c) Addebito al FRNA e agli utenti di oneri eccedenti le tariffe da fatturare, oltre allo storno dell'eccedente improprio fatturato;
 - d) Accertata grave carenza nella manutenzione ordinaria e periodica degli impianti e dei sistemi termici, elettrici e idrici in uso al gestore;
 - e) Inadempimenti o ritardi superiori ai 60 giorni rispetto ai debiti informativi prescritti, compresa la messa a disposizione delle risorse necessarie per le valutazioni periodiche del case-mix;
 - f) Mancata o ritardata risposta ai committenti in ordine a relazioni su specifici episodi o situazioni, sia su singoli utenti che su situazioni che potrebbero rappresentare inadempienza contrattuale.
- 1(uno)% del valore complessivo del fatturato **annuo** del presente contratto per ogni inadempienza in caso di impiego di personale con qualifiche professionali diverse o numericamente inferiori rispetto a quanto previsto nel presente contratto, oltre l'eventuale riduzione degli oneri da riconoscere al soggetto produttore;
- 1(uno)% del valore complessivo del fatturato **annuo** del presente contratto per ogni inadempienza in caso di accertate azioni lesive della dignità personale degli assistiti da parte del personale del soggetto produttore.

Art. 19 - Revisione del contratto

Revisioni ordinarie

1. Per revisioni ordinarie al presente contratto, si intendono le variazioni conseguenza di disposizioni normative e quindi non costituenti oggetto di negoziazione tra le parti.

Per le revisioni ordinarie è stabilita la comunicazione al Soggetto Gestore da parte dei Committenti in via telematica tramite PEC, senza che sia prevista formale accettazione.

Le variazioni, se non diversamente stabilito nella comunicazione, sono efficaci a partire dal giorno successivo alla data di ricevimento della PEC.

2. Sono considerate revisioni ordinarie di cui al comma 1, quelle previste ai seguenti articoli del presente contratto:

- art. 1, comma 2, (limitatamente ai riferimenti operativi che non comportano modifiche nei contraenti);
- art. 7, comma 5, (composizione annuale del case-mix);
- art. 8, lettere B), C), F), G) (per i singoli punti relativi alla dotazione del personale sanitario);
- art. 9, comma 4, (determinazione della tariffa annuale);
- art. 10, comma 6, (determinazione quota contribuzione utente);
- art. 16 comma 2, (dotazione personale sociosanitario);

Recesso e revisioni straordinarie

3. 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.

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 di accesso ai servizi;
- variazioni significative dell'andamento della domanda.

4. 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, il Comune di Reggio Emilia, quale SIC per il Distretto di Reggio Emilia, in accordo con l'Azienda USL, 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, in base alle disposizioni della Regione medesima.

Per garantire lo sviluppo del sistema informativo dell'area di interesse il Soggetto gestore e la Committenza declinano i reciproci impegni relativamente alle modalità di trasmissione delle informazioni nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (vedi art. 22).

2 Il Soggetto Gestore garantisce i flussi informativi tramite il sistema informativo GARSIA, operativo dal 1 gennaio 2018. Le modalità organizzative/gestionali/operative del sistema, riviste alla luce dell'esperienza maturata nella fase di sperimentazione, sono allegate al presente contratto quale parte integrante. Tale documento potrà subire delle variazioni in corso d'opera in base all'evoluzione del sistema informativo stesso: nel qual caso verrà inviato via pec ai gestori illustrandone le modifiche.

3. Oltre ai flussi informativi gestiti tramite GARSIA e funzionali sia al monitoraggio dell'attività che al processo di costruzione, verifica e liquidazione delle fatture, il soggetto gestore dovrà inviare:

- Ad inizio anno lo schema della turnazione degli infermieri e lo schema presenze dei fisioterapisti,
- Ogni qualvolta ci sia nuovo personale impiegato, documentazione relativa ai titoli di studio e iscrizione all'Ordine (se dovuta)
- i documenti relativi l'attestazione di una lunga assenza del personale assunto (come meglio descritto all'art 11 comma 2.3);
- Mensilmente (entro il 10 del mese successivo) i turni svolti dal personale infermieristico e fisioterapico,

All'Ufficio di Piano distrettuale, inoltre, sarà da inviare (entro il 30/4 dell'anno successivo) attestazione dell'ammontare complessivo della compartecipazione incassata dagli utenti del Distretto per l'anno precedente sui posti convenzionati, nonché la relazione annuale di servizio.

4. 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 comodato d'uso sito in Reggio Emilia, via Magnani 10

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 - Protezione dei dati personali

1. I Committenti e il Soggetto gestore danno atto che rispetto al trattamento dei dati necessari per l'esecuzione del contratto in essere i compiti e le responsabilità saranno regolati come segue:

- Il Soggetto Gestore resta titolare autonomo del trattamento dei dati degli utenti con cui instaura un rapporto di erogazione di prestazioni.
- I Committenti, Azienda Usi e Comune/Unione di Comuni, si configurano quali contitolari dei dati degli utenti con cui si instaura un rapporto di prestazioni. La contitolarità è oggetto di accordo specifico che le parti si impegnano a sottoscrivere tramite apposito contratto.
- Ciascun Titolare s'impegna, per quanto di propria competenza, al rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati 2016/679 - GDPR - e D. Lgs. 196/2003 s.m.i.) ed in particolare nel rispetto dei principi di liceità e di minimalizzazione dei dati, ovvero riservandosi di trattare esclusivamente i dati personali e di natura particolare indispensabili per le proprie attività istituzionali. Ciascuna parte sarà, altresì, tenuta ad adottare le misure organizzative più opportune per garantire l'integrità e la sicurezza dei dati e per facilitare lo scambio delle informazioni e del materiale documentale utile alla corretta erogazione delle prestazioni sanitarie.
- Infine, le parti danno reciprocamente atto che ciascuna sarà responsabile della propria corretta applicazione di quanto prevista dalla normativa vigente, manlevando sin da ora l'altra parte da qualsiasi e qualsivoglia conseguenza negativa, anche indiretta (ivi compresi eventuali danni di immagine), che dovesse derivare da un parziale o mancato adeguamento della normativa.

Art. 23 - Spese contrattuali e di registrazione

1. 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 e successive modifiche ed integrazioni. Le spese conseguenti sono a carico della parte richiedente la registrazione.

2. La presente scrittura privata, redatta in unico esemplare in formato elettronico, sottoscritta con firma digitale, è soggetta ad imposta di bollo sin dall'origine (art. 2, Tariffa, Allegato A, Parte prima – D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642 e successive modifiche e integrazioni). L'imposta sarà assolta dall'Azienda USL di Reggio Emilia tramite versamento in modo virtuale - autorizzazione n. 118 del 14/01/1998 rilasciata dall'Agenzia delle Entrate di Reggio Emilia.

L'Azienda USL di Reggio Emilia provvederà a recuperare il 50 % di quanto speso addebitando il relativo costo alla/e controparte/i.

Art. 24 - Elezione del foro

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

Art. 25 - Norme finali

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

ALLEGATI: scheda calcolo tariffa; istruzioni operative Garsia WE per CRA

RE.....

..

Direttore del Distretto di Reggio Emilia
Dott.ssa Elisabetta Negri

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

Unione Colline Matildiche
Dott.ssa Federica Cirlini

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

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

CALCOLO PER CASE RESIDENZE ANZIANI ACCREDITATE A GESTORI PRIVATI O ANASTE/ UNEBA

Ambito distrettuale (codice)					
Comune					
Denominazione servizio	SAN GIUSEPPE E NUCLEO DEMENZE				
Codice SIPS	2020				
Numero posti letto convenzionati					
Classificazione ospiti valevole per il 2020	A	B	C	D	Totale
	12	12	25	0	49
Costo del lavoro di riferimento di cui all'allegato A	48,20	48,20	38,80	33,70	
Costo di riferimento regionale generale	91,90	91,90	82,65	77,15	
Quota FRNA regionale	41,85	41,85	32,60	27,10	
Costo di riferimento regionale per il servizio in base al case mix	totale costo	quota massima retta utente		quota a carico FRNA	
	87,18	50,05		37,13	
Costo del lavoro da allegato A in base al case mix del servizio	43,40				

<i>Elementi di flessibilità in diminuzione</i>	diminuzione totale	quota diminuzione retta utente	quota diminuzione FRNA
costo del lavoro rispetto a quanto indicato nell'allegato A (vedi cella C15)	0,00	0,00	0,00

	costo di rif.to	quota massima retta utente	quota a carico FRNA
Costo del servizio rideterminato	87,18	50,05	37,13

<i>Esclusivamente in caso di Nucleo residenziale specializzato per le demenze individuato dalla programmazione</i>		costo di rif.to	quota massima retta utente	quota a carico FRNA
	SI	104,05	50,05	54,00