

Delibera 8496 del 26 novembre 2008

VIII

ROBERTO FORMIGONI

GIOVANNI ROSSONI Vice Presidente ROMANO LA RUSSA

DAVIDE BONI STEFANO MAULLU

GIULIO BOSCAGLI FRANCO NICOLI CRISTIANI

LUCIANO BRESCIANI MASSIMO PONZONI

MASSIMO BUSCEMI PIER GIANNI PROSPERINI

RAFFAELE CATTANEO MARIO SCOTTI

ROMANO COLOZZI DOMENICO ZAMBETTI

LUCA DANIEL FERRAZZI MASSIMO ZANELLO

dell'Assessore Giulio Boscagli

**DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ESERCIZIO, ACCREDITAMENTO, CONTRATTO, E LINEE
DI INDIRIZZO PER LA VIGILANZA ED IL CONTROLLO DELLE UNITA' DI OFFERTA
SOCIOSANITARIE**

Il Dirigente della Unità Organizzativa Giuseppe Corsini

Il Direttore Generale Umberto Fazzone

VISTO l'art. 28 dello Statuto della Regione Lombardia che individua le funzioni della Giunta Regionale ed, in particolare, la lettera l) che stabilisce che la Giunta regionale esercita le attribuzioni ad essa demandate dallo Statuto o dalle leggi e adotta ogni altro provvedimento per il quale la legge assegni, in via generale, la competenza alla Regione;

RICHIAMATI gli artt. 11, 15 e 16 della legge regionale 12 marzo 2008 n. 3 *“Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”*;

VISTO, in particolare, l'art. 11 che, alle lettere f), h), j), aa), attribuisce alla Giunta Regionale le seguenti funzioni:

- determinazione degli schemi tipo dei contratti per l'acquisizione di prestazioni accreditate
- individuazione degli indicatori per valutare l'efficacia e la qualità delle prestazioni erogate
- definizione delle linee di indirizzo in materia di vigilanza e controllo;

VISTO, altresì, l'art. 15 della medesima l.r. 3/2008, che disciplina le modalità di esercizio delle unità di offerta sociali e sociosanitarie e che, in particolare, per le unità di offerta socio sanitarie dispone che l'esercizio di queste è soggetto alla presentazione di una denuncia di inizio attività alla Asl competente per territorio;

TENUTO CONTO che l'art. 16, comma 2 della l.r. 3/2008 attribuisce alla Giunta regionale la disciplina delle modalità per la richiesta, la concessione e l'eventuale revoca dell'accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie, nonché per la verifica circa la permanenza dei requisiti richiesti per l'accreditamento medesimo;

CONSIDERATO che, ai sensi della lettera b) dell' art. 14 della l.r. 3/2008, le A.S.L. esercitano le funzioni di vigilanza e controllo sulle unità di offerta pubbliche e private, sociali e sociosanitarie;

DATO ATTO altresì che, ai sensi dell'art. 4, comma 33 della l.r. n. 1/2000, le A.S.L. esercitano le funzioni amministrative di vigilanza e controllo previste dagli articoli 23 e 25 del codice civile sulle persone giuridiche di diritto privato di cui al Libro primo, titolo secondo, che operano in ambito socio sanitario e socio assistenziale;

VISTA la d.g.r. n. 7438 del 13/06/08 che, in applicazione dell'art. 5, comma 2 della l.r. 3/2008, ha individuato le unità di offerta sociosanitarie che costituiscono la rete di cui all'articolo 1, comma 2 della l.r. n. 3/2008;

RITENUTO, pertanto, di dover emanare specifiche disposizioni in ordine alla applicazione delle norme citate di cui l.r. n. 3/08, al fine di disciplinare le modalità di esercizio e di accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e di dettare linee di indirizzo alle A.S.L. in ordine all'attività di vigilanza e controllo;

RITENUTO di approvare il documento allegato A) al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, avente ad oggetto *“Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto, e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità di offerta sociosanitarie”*;

VISTO l'art. 30 della l.r. 3/2008 che fa salvi i provvedimenti emanati per effetto della l.r. 1/86 e 1/2000 ed in particolare i provvedimenti elencati nell'appendice b) dell'allegato A) che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DATO ATTO che lo schema tipo di contratto di accreditamento, di cui all'appendice D dell'allegato A), si applica con decorrenza immediata per le unità di offerta sociosanitarie soggette a nuovo accreditamento e, per le unità di offerta già accreditate e contrattate, con decorrenza dalla data di scadenza dei contratti in vigore;

RITENUTO altresì necessario prevedere la decorrenza del 1° gennaio 2009, ai fini dell'applicazione delle nuove procedure riguardanti l'accreditamento, previste nell'allegato A, al fine di consentirne l'effettiva capillare conoscenza da parte di tutti i soggetti interessati;

DATO ATTO che, in conformità a quanto previsto dalle dd.g.r. 30/07/2008, n. 8/7797 "*Rete dei servizi alla persona in ambito sociale socio-sanitario – Istituzione del tavolo di consultazione dei soggetti del Terzo settore (art. 11, c. 1, lett. m), l.r. n. 3/2008*)" e n. 8/7798 "*Rete dei servizi alla persona in ambito sociale socio-sanitario – Istituzione degli organismi di consultazione degli Enti Locali, dei soggetti di diritto pubblico e privato, delle Organizzazioni sindacali (art. 11, c. 1, lett. m), l.r. n. 3/2008*)", il presente atto è stato sottoposto alla consultazione degli organismi istituiti con le citate deliberazioni, così come risulta dai verbali agli atti in data 8 ottobre 2008, 15 ottobre 2008 e 10 novembre 2008;

VISTO il capitolo 4 del piano sociosanitario 2007/2009 che disciplina le regole di governo del sistema;

VISTI i prodotti 5.2.1.3 e 5.2.1.5 relativi all'obiettivo della Giunta regionale 5.2.1 "Governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali" che riguardano rispettivamente:

- l'elaborazione di provvedimenti amministrativi di applicazione della l.r. n. 3/08 "*Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario*"
- la definizione di criteri per l'attivazione di nuove forme di vigilanza e controllo della qualità in ambito socio-sanitario;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta impegni di spesa;

VISTA la l.r. n. 20/08 e i provvedimenti organizzativi dell'VIII legislatura;

RAVVISATO di disporre per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, per la comunicazione al Consiglio Regionale, nonché per la pubblicazione sul sito internet della Regione ai fini della più ampia diffusione;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

1. di emanare, in applicazione degli artt. 11, 15 e 16 della l.r. 3/2008 "*Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario*", disposizioni al fine di disciplinare le modalità di esercizio e di accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e di dettare linee di indirizzo alle ASL in ordine all'attività di vigilanza;

2. di approvare il documento allegato A) avente ad oggetto "*Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto, e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità di offerta sociosanitarie*", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3. di dare atto che lo schema tipo di contratto di accreditamento, di cui all'appendice D dell'Allegato A, si applica con decorrenza immediata per le unità di offerta sociosanitarie soggette a nuovo accreditamento e, per le unità di offerta già accreditate e contrattate, con decorrenza dalla data di scadenza dei contratti in vigore;
4. di stabilire la data del 1° gennaio 2009 come decorrenza ai fini dell'applicazione delle nuove procedure riguardanti l'accreditamento, procedure previste nell'allegato A, al fine di consentirne l'effettiva capillare conoscenza da parte di tutti i soggetti interessati;
5. di disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, la comunicazione al Consiglio Regionale, nonché la pubblicazione sul sito internet della Regione ai fini della più ampia diffusione.

IL SEGRETARIO

**DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ESERCIZIO, ACCREDITAMENTO, CONTRATTO
E LINEE DI INDIRIZZO PER LA VIGILANZA ED IL CONTROLLO DELLE UNITA'
D'OFFERTA SOCIOSANITARIE.**

1. L'esercizio dell'attività e DIA

- 1.1. Che cos'è una DIA
- 1.2. Casi di utilizzo della DIA
- 1.3. Casi di non utilizzo e procedimenti alternativi
- 1.4. Chi presenta la DIA
- 1.5. I requisiti di esercizio/autorizzazione
- 1.6. I requisiti della struttura
- 1.7. I requisiti gestionali
- 1.8. Dove si presenta la DIA
- 1.9. Come si presenta la DIA – procedura

2. L'accREDITamento

- 2.1. Che cos'è
- 2.2. Chi presenta la richiesta di accreditamento
- 2.3. I requisiti di accreditamento
- 2.4. Dove e come si presenta
- 2.5. Descrizione dell'iter di accreditamento - procedura
- 2.6. Quando è necessario rinnovare la procedura
- 2.7. Quando è possibile l'utilizzo di strumenti semplificati della procedura
- 2.8. La revoca dell'accREDITamento

3. Il contratto

- 3.1. Che cos'è
- 3.2. Chi lo sottoscrive
- 3.3. Elementi essenziali ed aggiuntivi
- 3.4. Il patto di accreditamento
- 3.5. Obblighi discendenti dalla remunerazione delle prestazioni
- 3.6. Cessione di crediti nascenti dal contratto di accreditamento
- 3.7. Cause di risoluzione del contratto e del patto di accreditamento

4. La vigilanza

- 4.1. Principi generali
- 4.2. Vigilanza sugli aspetti amministrativi
- 4.3. Vigilanza sugli aspetti tecnici
- 4.4. I controlli sulle fondazioni che gestiscono unità d'offerta sociosanitarie

5. Il controllo di appropriatezza

- 5.1. Che cos'è
- 5.2. Indicatori di rischio per il campionamento della verifica di appropriatezza delle prestazioni
- 5.3. I controlli amministrativi
- 5.4. L'organizzazione della attività di vigilanza e controllo

appendice A normativa ed aspetti giuridici relativi all'ente gestore

appendice B elenco provvedimenti requisiti esercizio e accreditamento

appendice C il responsabile del procedimento amministrativo

appendice D contratto tipo e clausole contrattuali per le specifiche unità d'offerta, certificazione rette ai fini fiscali.

1. ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ E DIA

1.1 Che cos'è una DIA

La Denuncia di Inizio Attività è una dichiarazione di avvio di attività corredata da atti probanti il pieno possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa. Essa è stata introdotta dalla l.r. n. 8/2007, con integrazioni successive con l.r. n. 3/2008¹, in sostituzione della precedente autorizzazione al funzionamento.

Allo stato attuale, e in virtù della DGR n. 7438 del 13/06/08 di applicazione dell'art.5 comma 2° della l.r. n.3/08, la DIA è prevista per le seguenti unità di offerta socio sanitarie:

- le residenze sanitarie assistenziali per anziani
- i centri diurni integrati per anziani
- le residenze sanitarie assistenziali per disabili
- i centri diurni per disabili
- gli hospice
- i servizi che operano nel settore delle dipendenze
- i consultori
- le strutture di riabilitazione, con esclusione di quelle a regime di ricovero.

La presentazione della DIA abilita il gestore della unità d'offerta a porre in esercizio l'attività nel rispetto dei termini successivamente esplicitati. Essa comporta altresì una responsabilità diretta ed esclusiva del gestore, oltre che le inevitabili conseguenze sul piano amministrativo².

La DIA consente l'avvio di una unità d'offerta e, quindi, l'inserimento della stessa nella rete socio sanitaria; non è però sufficiente per operare per conto del servizio sanitario regionale, né per porre a carico dello stesso gli oneri.

¹ l.r.n. 3/2008 Art. 15

(Modalità di esercizio delle unità d'offerta)

1. L'esercizio delle strutture relative alle unità d'offerta della rete sociale di cui all'articolo 4, comma 2, è soggetto alla presentazione di una comunicazione preventiva al comune e alla ASL competente per territorio, che certifichi, da parte del gestore, il possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni regionali.

2. L'esercizio delle unità d'offerta sociosanitarie è soggetto alla presentazione di una denuncia di inizio attività alla ASL competente per territorio, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti. In caso di apertura, modifica sostanziale, trasferimento in altra sede di unità d'offerta residenziali e semiresidenziali, comprese quelle diurne, l'attività può essere intrapresa solo dopo che sia decorso il termine di trenta giorni dalla presentazione della denuncia di inizio attività.

3. In caso di accertata carenza dei requisiti minimi previsti dalla vigente normativa, l'ASL o il comune per quanto di competenza, previa diffida ed impartendo le eventuali prescrizioni, dispone la chiusura della struttura e la revoca dell'eventuale atto di accreditamento. In caso di accertato pericolo per la salute o per l'incolumità delle persone, l'autorità competente dispone l'immediata chiusura della struttura e prescrive le misure da adottare per la ripresa dell'attività.

² In questa materia trova applicazione il disposto di cui all'art. 21 comma 1° della legge n. 241/1990, che estende l'applicazione dell'art. 483 del codice penale ai casi di dichiarazioni mendaci o di false attestazioni nell'ambito dei procedimenti relativi alle denunce di inizio attività. In questi casi, inoltre, gli effetti autorizzativi delle dichiarazioni rese vengono meno e quindi l'attività dovrà intendersi avviata abusivamente. Allo stesso modo trovano applicazione nella fattispecie le disposizioni dettate dagli articoli 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa".

1.2 Casi di utilizzo della DIA

Premesso che l'avvio di una nuova unità d'offerta socio sanitaria presuppone il pieno possesso di tutti i requisiti di funzionamento stabiliti dalla normativa vigente, la Denuncia di Inizio Attività viene utilizzata nei seguenti casi:

- a) **messa in esercizio di unità d'offerta**, da intendersi come allestimento di tutte le misure organizzative, gestionali, tecnologiche e strutturali necessarie per iniziare l'attività;
- b) **variazione della capacità ricettiva o trasformazione di strutture esistenti**, da intendersi come aumento o riduzione della capacità di accoglienza o di erogazione dei servizi o delle prestazioni, oppure come modifica della tipologia dell'unità d'offerta tra quelle individuate dalla Regione;
- c) **trasferimento in altra sede di unità d'offerta esistenti**, da intendersi come modifica della sede in cui è svolta l'attività, anche quando ciò avviene all'interno dello stesso Comune, a prescindere dalla sede legale dell'ente gestore;
- d) **eventi estintivi dell'ente gestore**: nel caso di persone giuridiche private può trattarsi delle ipotesi di scioglimento, fusione per incorporazione o mediante costituzione di un nuovo ente. Nel caso di enti pubblici, può trattarsi di successione tra enti, anche per effetto di intervenute modifiche del quadro normativo di riferimento. Nel caso di soggetti del Terzo Settore, può trattarsi anche di modifiche dello statuto che intervengano sugli scopi sociali.

Nel caso di cambiamento del soggetto gestore, si dovrà procedere ad una voltura della DIA che dovrà essere trasmessa alla Regione ed all'ASL competente anche per i provvedimenti descritti nel capitolo "Accreditamento", al paragrafo 2.7, nel caso di unità di offerta accreditate. Per questa tipologia, non rientrando nei casi previsti dall'art.15 della l.r. 3/08, non devono trascorrere preventivamente 30 gg. per l'avvio dell'attività, salvo quanto specificamente previsto nel già richiamato paragrafo 2.7.

Per una disamina più approfondita delle fattispecie indicate ai punti c) e d) si rimanda alla appendice A.

1.3 Casi di non utilizzo della DIA e procedimenti alternativi

Nei seguenti casi non può essere utilizzata la DIA, pertanto il relativo procedimento va istruito e portato a compimento secondo le norme precedentemente in vigore e, quindi, mediante il rilascio del provvedimento di autorizzazione:

- a) **strutture riabilitative a regime di ricovero**;
- b) **unità d'offerta per le quali siano state già presentate domande di autorizzazione alla data di entrata in vigore della legge regionale n. 8/2007**;
- c) **unità d'offerta in possesso di autorizzazione provvisoria comportante l'obbligo di attuazione del piano programma** di adeguamento ai requisiti previsti, da compiersi entro i tempi stabiliti;
- d) processi di **trasformazione e riconversione da unità d'offerta sociosanitarie già autorizzate**, laddove sia richiesta l'adozione di un piano programma per l'adeguamento ai requisiti previsti.

Nel caso, invece, di **modificazione della persona del legale rappresentante o dell'amministratore del soggetto gestore**, sulla base della comunicazione del nuovo gestore, è sufficiente l'annotazione negli atti esistenti.

Nel caso in cui l'ASL gestisca direttamente unità d'offerta, ed abbia assunto un modello organizzativo di netta separazione tra i compiti di programmazione/controllo delle unità d'offerta direttamente gestite ed i compiti di gestione/erogazione (la separazione di questi compiti deve risultare dal piano di organizzazione dell'ASL), il Direttore Generale dell'ASL adotta un apposito provvedimento, in cui prende atto delle verifiche condotte dalle strutture competenti della propria azienda in ordine alla presenza di tutti i requisiti previsti, precisando espressamente la netta separazione tra i compiti di programmazione /controllo e quelli di gestione/erogazione.

1.4 Chi presenta la DIA

La DIA è presentata dall'ente gestore attraverso il Legale rappresentante, che risponde della corretta gestione dell'unità d'offerta. Il legale rappresentante deve presentare il certificato penale. Nel caso di convenzioni tra Comune o ASL con Enti privati per la gestione dell'unità d'offerta, la DIA è presentata dal Legale rappresentante dell'Ente privato convenzionato.

1.5 I requisiti di esercizio/autorizzazione

Ai fini dell'esercizio, l'unità d'offerta deve possedere i requisiti strutturali, gestionali, tecnologici ed organizzativi previsti dal d.p.r. 14 gennaio 1997, oltre che quelli previsti dalla specifica normativa regionale, indicati contestualmente a quelli di accreditamento nell'appendice B.

Per quanto riguarda le certificazioni previste dalla legge, si precisa che possono essere allegate alla DIA o ne può essere dichiarato il possesso, ai sensi della disciplina in materia di autocertificazione.

Schematicamente, i requisiti per l'esercizio della attività delle diverse unità di offerta riguardano i seguenti aspetti:

1. strutturali
2. gestionali: standard assistenziali specifici
3. tecnologici: impianti, arredi e attrezzature
4. organizzativi.

1.6 I requisiti strutturali

L'esercizio dell'attività deve essere compatibile con i vincoli posti sull'immobile in cui ha sede l'unità d'offerta, sia relativamente alla destinazione d'uso che per quanto riguarda eventuali vincoli derivanti da finanziamenti statali o regionali. Qualora l'unità di offerta sia stata realizzata con finanziamenti regionali o statali, si applicano le disposizioni di cui alla DGR 5508/2007.

Nel caso la struttura non sia di proprietà del gestore, esso dovrà produrre idonea documentazione relativa al titolo di godimento dell'immobile che dovrà altresì essere compatibile con l'attività che si intende avviare.

1.7 I requisiti gestionali

In funzione della attività che si intende avviare deve risultare la adeguatezza quantitativa e qualitativa della dotazione di personale, e delle competenze e specifiche professionalità impiegate nell'unità d'offerta.

Si richiama qui, data l'importanza e la delicatezza della materia, il D.lgs. n. 81 del 9/4/2008 che ha introdotto il vincolo per gli enti gestori di tutte le strutture residenziali equiparabili a quelle di ricovero e cura, sia pubbliche che private, con oltre 50 lavoratori, della istituzione del servizio di prevenzione e protezione all'interno della azienda, e per queste il responsabile del servizio di prevenzione e protezione deve essere interno, quindi con contratto di lavoro subordinato.

1.8 Dove si presenta la DIA

La DIA deve essere presentata direttamente, oppure inviata, al competente ufficio/sportello/servizio dell'ASL di ubicazione dell'unità d'offerta; copia per conoscenza della sola istanza (esclusa la documentazione) deve essere trasmessa anche al Comune di ubicazione dell'unità d'offerta stessa ed alla Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale.

1.9 Come si presenta la DIA - procedura

La DIA è presentata con le stesse modalità impiegate per le istanze di autorizzazione al funzionamento di cui alla normativa precedente e, pertanto, deve essere corredata dalla documentazione prevista dalle vigenti disposizioni regionali concernenti i requisiti: strutturali, gestionali, tecnologici ed organizzativi, richiesti alle unità di offerta sociosanitarie.

Attenendosi ad una lettura coordinata delle norme di cui alla l.r. 8/2007 e l.r. 3/2008, il procedimento dovrà essere il seguente:

- a) presentazione della DIA, attraverso la modulistica predisposta dall'ASL, direttamente allo sportello dell'ASL stessa, oppure mediante raccomandata a.r. o per posta elettronica certificata. Copia della DIA va inviata per conoscenza al Comune in cui si intende avviare l'attività ed alla Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale.

La decorrenza della DIA coincide con la registrazione di protocollo (fa testo il timbro di protocollo dell'ASL, la quale deve sapersi organizzare per evitare ritardi nell'istruttoria o nei controlli).

Il denunciante dovrà indicare il titolo di godimento dell'immobile in cui ha sede l'unità di offerta e che sia compatibile con la destinazione d'uso dello stesso;

- b) nel caso di presentazione diretta della DIA all'ufficio competente dell'ASL, viene immediatamente verificata la completezza della documentazione e la ricevibilità della istanza. Nel caso di invio in altra forma, l'ufficio competente dell'ASL comunica all'interessato, entro un termine massimo di 5 giorni, l'avvio del procedimento amministrativo, con segnalazione del/i responsabile/i del procedimento e dell'istruttoria (*vedi appendice C*); richiede i documenti eventualmente mancanti;
- c) l'ASL dovrà comunicare alla Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale l'esito del procedimento amministrativo.

Con riferimento alla procedura amministrativa inerente alla DIA, vengono rappresentate le casistiche maggiormente significative:

- **avvio di una nuova unità d'offerta a carattere residenziale o semiresidenziale, oppure riconversione di unità d'offerta purché in possesso di tutti i requisiti:** nel caso che la *documentazione* presentata sia *completa*, l'attività potrà essere avviata trascorsi 30 giorni dalla decorrenza della DIA. Entro i 30 giorni dovrà essere effettuato il sopralluogo di vigilanza per verificare il possesso dei requisiti, in caso di esito negativo della vigilanza, viene fissato un termine per l'adeguamento, e l'avvio dell'attività potrà avvenire solamente dopo che l'ente gestore abbia adempiuto a quanto prescritto dall'ASL e la stessa lo accerti.
Se la *documentazione* è *incompleta*, nella comunicazione al gestore viene fissato un termine massimo di 15 giorni per l'integrazione di quanto presentato. La richiesta di integrazione interrompe i termini del procedimento che decorreranno dal momento di presentazione della documentazione integrativa. Nel frattempo l'attività viene inibita e potrà essere avviata, in assenza di diverse disposizioni della ASL, decorsi 30 giorni dalla presentazione della documentazione integrativa. Per l'attività di vigilanza ed i relativi effetti, si riconferma quanto scritto sopra.
- **avvio di una nuova unità d'offerta a carattere ambulatoriale:** nel caso la *documentazione* presentata sia *completa*, l'attività potrà essere immediatamente avviata solo se la DIA viene presentata direttamente presso gli uffici competenti dell'ASL e sia stata accertata la completezza della documentazione. Nel caso che la DIA sia presentata mediante raccomandata a.r. o per posta elettronica certificata, l'avvio dell'attività potrà avvenire solo dopo aver ricevuto positiva comunicazione dell'ASL circa la protocollazione della DIA. In tutti questi casi è necessario che la visita di vigilanza sia effettuata il più presto possibile e, comunque, entro 30 giorni. In caso di esito negativo della vigilanza, viene fissato un termine per l'adeguamento, l'attività viene inibita e potrà essere riavviata solamente dopo che l'ente gestore abbia adempiuto a quanto prescritto dall'ASL e la stessa lo accerti.
Se la *documentazione* è *incompleta*, nella comunicazione al gestore viene fissato un termine massimo di 15 giorni per l'integrazione di quanto presentato. La richiesta di integrazione interrompe i termini del procedimento, pertanto, l'attività viene inibita e potrà essere avviata o riavviata, in assenza di diverse disposizioni della ASL, dalla presentazione della documentazione integrativa. Per l'attività di vigilanza ed i relativi effetti, si riconferma quanto scritto sopra;
- **modifica sostanziale³ o riconversione di un'unità d'offerta già attiva:** in questi casi dovrà essere seguita la stessa procedura prevista nel caso di avvio di una nuova unità d'offerta e la DIA dovrà riguardare tutta la struttura interessata dalla modifica;
- **modifica della sola capacità ricettiva di un'unità d'offerta già attiva a carattere residenziale, semiresidenziale, o ambulatoriale per strutture in possesso di autorizzazione definitiva o per cui sia già presentata DIA con esito positivo :** in questi casi, in cui non si verificano le condizioni di cui alla nota 3, dovrà essere seguita la stessa procedura prevista nel caso di avvio di una nuova unità d'offerta solo con riferimento ai nuovi posti/trattamenti che si andranno ad attivare. La variazione della capacità ricettiva per le strutture residenziali e semiresidenziali può essere agita dopo 30 giorni dalla decorrenza della DIA. La ASL è tenuta ad effettuare la vigilanza entro 30 giorni dal ricevimento della DIA.
- **unità d'offerta gestita direttamente da ASL che non abbia assunto un modello organizzativo di netta separazione tra i compiti di programmazione/controllo delle unità d'offerta direttamente gestite ed i compiti di gestione/erogazione:** il Direttore Generale della ASL di ubicazione dell'unità d'offerta, deve presentare la DIA alla ASL territorialmente

³ Per modifica sostanziale si intende ogni modificazione di tipo strutturale che comporta variazioni catastali e/o pone l'obbligo di rilascio di nuove certificazioni (antincendio, agibilità, ..)

competente ad effettuare l'attività di vigilanza incrociata (di norma da individuare nell'azienda confinante con maggiore popolazione residente o comunque in quella appositamente indicata dalla Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale) e per conoscenza al Comune di ubicazione dell'unità d'offerta ed alla Regione. L'ASL competente per la vigilanza si atterrà alle stesse regole e tempi più sopra definiti, inviando comunicazione dell'esito della vigilanza all'ASL che ha presentato la DIA ed alla Regione.

- **attività avviata non rispettando le modalità ed i tempi previsti nei diversi casi sopra indicati:** l'ASL dovrà emettere provvedimento inibitorio ed adottare tutti gli atti inerenti l'esercizio abusivo di attività.
- **perdita di un requisito o riscontro dell'insussistenza di un requisito successivamente all'inizio dell'attività:** qualora non vengano a crearsi situazioni di rischio per l'utenza, l'ASL invita-diffida a ripristinare il requisito entro un termine massimo di 15 giorni, trascorso infruttuosamente tale termine, l'ASL pone in essere le procedure per la sospensione o chiusura dell'attività. Laddove si riscontri una situazione di rischio per l'utenza, si procede all'immediata chiusura dell'attività ed al trasferimento degli utenti in unità d'offerta idonea.

2 L'ACCREDITAMENTO

2.1 Che cos'è

L'accreditamento istituzionale è riconosciuto per effetto di un provvedimento amministrativo, è rilasciato a favore di un soggetto giuridico (soggetto accreditato), il quale viene abilitato ad erogare prestazioni per conto del servizio sociosanitario regionale. L'accreditamento è presupposto necessario per poter accedere al contratto e, quindi, per ottenere la remunerazione delle prestazioni da parte del sistema sociosanitario.

L'accreditamento istituzionale di una unità d'offerta si manifesta con un provvedimento regionale, a seguito di apposita istanza e compatibilmente con la programmazione regionale. L'accreditamento presuppone l'autorizzazione (oggi, la presentazione di una DIA completa ed il possesso dei requisiti dichiarati) ed è subordinato alla rispondenza del gestore dell'unità d'offerta ai requisiti ulteriori di qualificazione.⁴

La giurisprudenza esclude ogni automatismo nell'estensione del rapporto di accreditamento (anche in caso di successione tra enti), dovendosi sempre accertare i requisiti soggettivi ed oggettivi richiesti dalla normativa vigente (cfr. Cons.St., sez IV, 8 marzo 2001, n.1349).⁵

Da quanto sopra consegue che:

- a) l'oggetto dell'accreditamento è esattamente l'oggetto della DIA (o dell'autorizzazione), pur essendo possibile che il primo possa riguardare anche solo una parte della seconda;
- b) DIA (o autorizzazione) ed accreditamento sono relativi al soggetto gestore, cioè alla persona giuridica o fisica titolare della unità d'offerta e che presenta la DIA e l'istanza di accreditamento;
- c) se una persona giuridica o fisica gestisce più unità d'offerta, sono necessarie distinte DIA (o autorizzazioni) e, quindi, distinti accreditamenti;
- d) ciò che rileva ai fini della DIA (o autorizzazione) e, quindi, dell'accreditamento è l'esercizio di quella attività condotta all'interno di quella specifica unità d'offerta, e non solo la sede in quanto tale;
- e) gli atti tra privati che dovessero avere ad oggetto trasferimenti di unità d'offerta e, quindi, il subentro di un soggetto ad un altro nella gestione non hanno efficacia ai fini dei rapporti con la pubblica amministrazione, con particolare riferimento all'accreditamento, in mancanza di uno specifico atto regionale che ne disponga la voltura in capo al nuovo gestore, previa verifica dei requisiti soggettivi. In questi casi, la voltura è disposta con decreto del Direttore Generale Famiglia e solidarietà sociale. Si ribadisce che comunque le

⁴ Sul diritto all'accreditamento, si è pronunciato il Consiglio di Stato (sent. Cons.Stato n.1349 dell'8 marzo 2001): *“la struttura sanitaria che dimostri di possedere i requisiti ulteriori, non potrà ritenersi titolare di un diritto al rilascio dell'accreditamento; essa sarà, infatti, soggetta al giudizio discrezionale della Regione, la quale in una prima fase valuterà l'idoneità della struttura a osservare le prescrizioni regionali dettate in relazione al fabbisogno di assistenza e alla garanzia dei livelli essenziali ed uniformi, nonché degli eventuali livelli integrativi locali; successivamente, procederà all'accertamento della sua effettiva capacità di assicurare l'erogazione delle prestazioni nel rispetto di tali esigenze”*. Si veda anche Cons. St. 25 agosto 2008, n. 4076.

⁵ Precisa il Consiglio di Stato: *“ Per il carattere strettamente personale e la rilevanza pubblicistica degli interessi in gioco, id est per la natura indisponibile dei rapporti giuridici cui afferiscono, l'autorizzazione e l'accreditamento non possono rientrare nel complesso dei beni aziendali suscettibili di trasferimento fra le parti con automatico subentro del cessionario, stante il principio, di ordine generale, di immutabilità dei soggetti autorizzati nei rapporti con la p.a., conformemente peraltro alla prescrizione dell'art.2558 c.c., secondo cui il cessionario dell'azienda non può subentrare nei rapporti che abbiano carattere personale”*.

volture possono essere approvate nei limiti previsti dalla DGR n. 5508/07 richiamata nell'appendice A.

L'accreditamento implica un innalzamento dei livelli qualitativi del servizio rispetto all'autorizzazione e l'assunzione di una serie di obblighi nei confronti del servizio socio sanitario regionale.

2.2 Chi presenta la richiesta di accreditamento

La richiesta di accreditamento è presentata dall'ente gestore attraverso il Legale rappresentante, che risponde della corretta gestione dell'unità d'offerta e che deve attestare il possesso dei requisiti soggettivi previsti. Il legale rappresentante deve presentare il certificato penale.

Di seguito sono riportati i requisiti di onorabilità per l'esercizio in materia di unità d'offerta sociosanitarie, relativi alla persona fisica che rappresenta legalmente l'unità d'offerta o alla quale sono stati conferiti poteri di amministrazione, da attestare mediante dichiarazione sostitutiva ai sensi di legge:

- non aver riportato condanna definitiva (compresa la sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art.444 cpp) per reati gravi⁶ in danno dello Stato o della comunità che incidono sulla moralità professionale;
- non aver riportato condanne penali per fatti imputabili all'esercizio di unità d'offerta del sistema sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale;
- non essere incorso nella applicazione della pena accessoria della interdizione da una professione o da un'arte e interdizione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
- non essere sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di prevenzione;
- non avere provocato, per fatti imputabili a colpa del soggetto gestore, accertata giudizialmente, la risoluzione dei contratti di accreditamento, stipulati negli ultimi dieci anni per la gestione della medesima unità d'offerta;
- di non essere soggetto rientrante nelle altre fattispecie previste dall'art.38 del decreto legislativo n.163/2006.

⁶ Sulla gravità del reato la giurisprudenza ha elaborato alcuni parametri:

- a) trattasi di reati contro l'incolumità delle persone o contro la PA;
- b) trattasi di reati direttamente connessi alla specifica attività lavorativa oggetto di contratto;

In questi casi occorrerà tenere conto:

- a) se sia intervenuta o meno una sentenza di riabilitazione ai sensi dell'art.178 c.p.;
- b) se siano state riconosciute o meno le circostanze attenuanti;
- c) l'esistenza di recidiva, soprattutto specifica;
- d) il tempo trascorso dall'ultima condanna dal momento della stipula del contratto.

Tutto ciò deve costituire oggetto di valutazione e di adeguata motivazione del provvedimento, preceduta da ampio contraddittorio, evitando automatismi.

Non possono essere accreditati enti gestori che si trovino in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, o nei cui riguardi sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni.

2.3 I requisiti di accreditamento

Schematicamente, i requisiti di accreditamento delle diverse unità di offerta, aggiuntivi o migliorativi, rispetto a quelli richiesti per l'esercizio dell'attività/autorizzazione, riguardano i seguenti aspetti:

1. strutturali: dimensioni/articolazione degli spazi, individuali e comuni
2. gestionali: standard assistenziali differenti specifici e coerenti, con corretta applicazione del contratto collettivo al personale
3. tecnologici: impianti, arredi e attrezzature (es. impianto gas medicale, letti a snodo ecc.)
4. organizzativi: carta dei servizi (contenente strumenti per la rilevazione della *customer satisfaction*), Piano Assistenza Individuale (P.A.I.) e fascicoli sanitario assistenziali, linee guida, protocolli, attività progettuali, debito informativo, ivi compresa la scheda struttura.

L'art. 4 della l.r. n. 31/1997 attribuisce alla Giunta regionale il compito di fissare i criteri ed i requisiti strutturali, gestionali e di qualità richiesti per l'accREDITAMENTO delle unità d'offerta che erogano servizi sociosanitari integrati, di intesa con la competente commissione consiliare.

La Giunta Regionale si è espressa sull'individuazione dei predetti requisiti di accREDITAMENTO, nonché di quelli di esercizio, con i provvedimenti citati nell'appendice B.

2.4 Dove e come si presenta

La richiesta di accREDITAMENTO è presentata alla Giunta Regionale tramite la Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale ed alla ASL territorialmente competente.

Può essere presentata direttamente agli sportelli, oppure mediante raccomandata a.r. o per posta elettronica certificata, secondo le modalità indicate dagli uffici competenti.

2.5 Descrizione dell'iter di accREDITAMENTO - procedura

Occorre ricordare che l'accREDITAMENTO può essere richiesto solo dopo che l'unità d'offerta abbia iniziato l'attività a seguito del completamento del procedimento di presentazione della DIA o di autorizzazione. L'istanza di accREDITAMENTO pertanto, non potrà essere presentata contestualmente alla DIA o richiesta di autorizzazione.

Per inizio dell'attività/esercizio si intende la capacità (strutturale, organizzativa, gestionale) di erogare le prestazioni o i servizi da accREDITARE. Non costituisce, invece, una condizione necessaria l'effettiva presenza degli ospiti all'interno della unità d'offerta.

L'iter da seguire è il seguente:

1. espressione di parere da parte dell'ASL o presentazione della perizia asseverata da parte del gestore. Nell'esprimere il parere l'ASL dovrà:
 - accertare il titolo di legittimazione del legale rappresentante dell'ente gestore nonché i requisiti soggettivi (ivi compresi quelli di onorabilità), nei modi di cui all'art. 38 decreto legislativo n. 163/2006;
 - accertare i dati relativi al proprietario dell'immobile ed il titolo di godimento dell'immobile in cui ha sede l'unità d'offerta da parte del soggetto gestore (se diverso dal proprietario), dal quale risulti la disponibilità dell'immobile ai fini dell'esercizio dell'unità d'offerta per la quale si chiede l'accreditamento;
 - accertare che l'ente gestore (e il proprietario dell'immobile in cui ha sede l'unità d'offerta) non sia sottoposto a procedure fallimentari.

Le procedure che precedono non si applicano nel caso in cui la domanda di accreditamento venga presentata immediatamente dopo la comunicazione della conclusione e dell'esito positivo del procedimento amministrativo di autorizzazione o di verifica della DIA da parte dell'ASL.

Inoltre, il parere dovrà dare atto:

- del possesso dei requisiti stabiliti dalla normativa e verificati dall'ASL tramite uno o più sopralluoghi da effettuarsi entro 60 giorni dalla data della richiesta. Nel caso di unità d'offerta a diretta gestione ASL, la verifica andrà fatta con le modalità già previste per la DIA nel capitolo precedente;
- dell'entità delle rette applicate (in tutti i casi in cui sia prevista la partecipazione ai costi da parte dell'utente), al netto dei futuri contributi a carico del Fondo sanitario regionale;
- della possibilità di procedere all'accreditamento, in coerenza con la programmazione regionale degli accreditamenti;

Il parere (decreto/determina o delibera) dovrà essere corredato dal verbale di sopralluogo.

2. adozione della deliberazione di accreditamento da parte della Giunta Regionale;
3. provvedimento deliberativo dell'ASL di presa d'atto dell'accreditamento e stipula del relativo contratto. Se l'unità d'offerta accreditata è gestita direttamente dall'ASL, il contratto è sostituito da un atto del Direttore generale comportante l'assunzione dell'impegno di rispettare i requisiti e gli standard di accreditamento, da sottoporre all'approvazione della Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale della Regione Lombardia. Il provvedimento dell'ASL dovrà tenere conto dei principi della negoziazione per obiettivi gestionali che riguardino gli ambiti di trattazione dello schema tipo di contratto.
4. Entro i 90 giorni successivi alla delibera regionale di accreditamento, sarà necessario ripetere il sopralluogo, al fine di verificare il mantenimento dei requisiti, con particolare riferimento all'adeguamento delle unità di personale in relazione all'ingresso progressivo degli ospiti. Dell'esito del sopralluogo dovrà essere data comunicazione alla competente Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale.

2.6 Quando è necessario rinnovare la procedura

L'accreditamento deve essere nuovamente richiesto in tutti i casi in cui è necessaria la presentazione di una nuova DIA (paragrafo 1.2) o richiesta di nuova autorizzazione (paragrafo 1.3)

2.7. Quando è possibile l'utilizzo di strumenti semplificati della procedura

Nel caso di cambio dell'ente gestore di unità di offerta accreditata, la procedura, che investe anche la parte relativa alla DIA, è la seguente:

- a) i Legali Rappresentanti dei gestori, uscente e subentrante, dovranno inviare alla Regione ed all'ASL una voltura della DIA;
- b) se il nuovo gestore intende proseguire nel rapporto di accreditamento, egli deve inoltrare **contestualmente** istanza alla Regione e all'ASL per la **voltura dell'accREDITAMENTO**. La Regione, con Decreto del Direttore Generale della Direzione competente, sulla base di parere favorevole dell'ASL, prenderà atto della DIA e procederà alla volturazione dell'accREDITAMENTO in capo al nuovo gestore
- c) l'effettivo subentro nella gestione decorrerà dalla data del Decreto regionale di volturazione,

Pertanto, quando si verifica il cambio del soggetto gestore, si specifica che, nel contratto preliminare di cessione o di affitto o, comunque, in altro strumento contrattuale, il gestore cedente dovrà impegnarsi a proseguire con la gestione per il tempo necessario perché il subentro sia perfezionato sul piano amministrativo sopra indicato.

L'accREDITAMENTO e l'eventuale contratto sottoscritto con l'ASL, rimangono efficaci sino al giorno in cui, a seguito di volturazione dell'accREDITAMENTO nei confronti del gestore subentrante, l'ASL sottoscriverà con esso il nuovo contratto. Ciò al fine di impedire l'eventuale sospensione dell'attività assistenziale o l'impossibilità di pagamento delle quote a carico del FSR.

Resta inteso che in tutti questi casi il subentro del nuovo soggetto gestore della unità d'offerta non avviene in deroga al blocco degli accREDITAMENTI.

E' inoltre possibile utilizzare una procedura semplificata nei seguenti casi:

- 1) quando cambia il legale rappresentante dell'ente gestore (previa verifica del possesso dei requisiti soggettivi)
- 2) quando cambia il proprietario della struttura dove ha sede l'unità di offerta.

Nei casi 1) e 2) è sufficiente solo una comunicazione, nei confronti dell'ASL e della Regione a carico del gestore.⁷

2.8 La revoca e la decadenza dell'accREDITAMENTO

La revoca del provvedimento di accREDITAMENTO è disposta con delibera della Giunta Regionale, su proposta motivata dell'ASL, a causa della perdita, esperite inutilmente le procedure di ripristinabilità, di un requisito soggettivo od oggettivo - strutturale, gestionale, tecnologico ed organizzativo - previsto per l'accREDITAMENTO.

La decadenza dell'accREDITAMENTO è altresì disposta nel caso di cessazione dell'attività, decisa dal Legale rappresentante dell'Ente gestore, previa verifica da parte dell'ASL che siano state

⁷ Per le strutture realizzate con finanziamenti statali o regionali si rinvia a quanto riportato nell'appendice A

attivate le procedure per salvaguardare la continuità assistenziale degli utenti/ospiti dell'unità d'offerta da chiudere. In questo caso si ricorda che il contratto prevede un termine di 90 giorni di preavviso.

3. IL CONTRATTO

3.1 Che cos'è

Il contratto di accreditamento, introdotto dal decreto lgs. n.502/1992 s.m.i e successive modificazioni e integrazioni., consente di porre a carico del Fondo Sanitario Regionale (FSR) le prestazioni erogate dalle unità di offerta socio sanitarie, nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Il contratto è possibile solo se l'unità di offerta è in possesso dei requisiti di esercizio (attestati con DIA o con autorizzazione) e di quelli di accreditamento ed è stata accreditata dalla Giunta Regionale.

L'art.8-quinquies, comma 2, del decreto medesimo, ha introdotto l'istituto dell'accordo, tra Regione o ASL e strutture pubbliche ed equiparate, e l'istituto del contratto tra i medesimi enti e le strutture private.

Il primo si colloca nel solco degli accordi tra pubbliche amministrazioni a cui, peraltro, fa riferimento l'art.15 della legge 241/1990.

Il secondo si configura come un contratto di diritto pubblico, i cui elementi essenziali sono definiti dalla stessa legge.⁸

Con la presente delibera, si approva il testo tipo di contratto, a valere per tutte le unità di offerta socio sanitarie (appendice F) cui i soggetti sottoscrittori dovranno attenersi.

In tutti i casi in cui si rinvenga la necessità di apportarvi modifiche o integrazioni, apportando clausole integrative, queste, ancorché non snaturino il contenuto essenziale del rapporto intervenuto, dovranno preventivamente essere sottoposte all'autorizzazione della Regione.

Nei casi in cui, invece, occorra definire o perfezionare aspetti puramente attuativi dell'accordo originario, sarà possibile che le parti stipulino protocolli congiunti o lettere d'intenti, senza apportare integrazioni o modifiche al contratto e, quindi, senza necessità di preventivi assensi regionali. Tali atti, comunque, dovranno essere trasmessi alla Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale.

3.2 Chi lo sottoscrive

Il contratto è stipulato dal legale rappresentante del soggetto gestore accreditato della unità d'offerta o da persona fisica alla quale sono stati conferiti poteri di amministrazione, o da persona da lui delegata munita di procura, e dal Direttore generale dell'ASL o dal dirigente dotato dei previsti poteri di gestione.

3.3 Elementi essenziali ed aggiuntivi

Gli elementi essenziali del contratto di accreditamento sono:

⁸ La giurisprudenza ha elaborato una definizione di contratto di accreditamento equiparandolo alle concessioni di pubblico servizio (CS sez. IV 9 dic. 2002, n.6693). Il TAR Lombardia, a proposito delle convenzioni *ex lege* n.833/78, aveva parlato di contratti di diritto pubblico che danno vita a rapporti qualificabili come concessioni amministrative.

Il Consiglio di Stato, a Sezioni Unite, è intervenuto precisando che “ *i rapporti fra gli enti pubblici preposti all'attività sanitaria e le strutture private...., anche dopo la soppressione del regime di convenzionamento..., non hanno visto mutare la loro natura concessoria, configurandosi ora come concessioni ex lege di attività di servizio pubblico alle strutture autorizzate e accreditate*” (Cons.St., sez un., 14 gennaio 2005, n.603).

- *l'oggetto*, che si identifica con la messa a disposizione nei confronti dell'ASL di una determinata quantità, tipologia e qualità di prestazioni socio sanitarie, prestazioni che vengono pertanto poste a totale o parziale carico del Fondo Sanitario Regionale, al fine di soddisfare i bisogni dei cittadini in condizioni di fragilità;
- *la garanzia del mantenimento dei requisiti di esercizio ed accreditamento, dell'appropriatezza delle prestazioni*, nonché l'impegno ad assumere quale obiettivo primario il progressivo miglioramento della qualità delle prestazioni;
- *l'identificazione degli obblighi discendenti dal pagamento delle prestazioni*;
- *l'identificazione del sistema tariffario, di rendicontazione e di pagamento delle prestazioni*;
- *l'identificazione della retta assistenziale*, laddove è prevista la compartecipazione da parte dell'utenza;
- *la durata*. Il contratto ha durata massima triennale, non può essere prorogato tacitamente né avere valenza retroattiva;
- *la previsione di adeguamento automatico in relazione alla variazione della normativa regionale*;
- *le cause di risoluzione del contratto, nonché di soluzione di eventuali controversie*.

3.4 Il patto di accreditamento

Per l'erogazione del voucher socio-sanitario si confermano i criteri, gli strumenti e le modalità previsti nella DGR del 9 maggio 2003 n. 12902 "Modello Lombardo del Welfare: attivazione del voucher socio-sanitario per l'acquisto di prestazioni domiciliari socio sanitarie integrate".

In coerenza con quanto previsto dalla DGR n. 5743/2007 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2008", si conferma che il voucher socio sanitario può essere erogato, sulla base di un progetto di assistenza, anche a favore di persone ospiti di contesti di residenzialità, anche collettiva, alternativa al proprio domicilio e, comunque, di tipo familiare (ivi comprese le comunità per minori, per disabili, mini alloggi, case albergo ecc. di natura socio assistenziale). Sono escluse le unità di offerta che beneficiano già di tariffe a carico del Fondo Sanitario Regionale.

Per l'erogazione del voucher socio sanitario di lungoassistenza a persone disabili ospiti di Comunità alloggio socio sanitarie si conferma quanto stabilito nell'allegato D della DGR del 23 luglio 2004 n. 18333 "Definizione di una nuova unità d'offerta *Comunità alloggio socio sanitaria per persone con disabilità (CSS)*: requisiti per l'accreditamento".

Possono essere elementi aggiuntivi del contratto e del patto gli allegati integrativi per:

- la definizione del budget annuale
- la definizione dell'eventuale premio di qualità.

3.5 Obblighi discendenti dalla remunerazione delle prestazioni

A seconda della tipologia di unità di offerta, sono previsti obblighi discendenti dal pagamento delle prestazioni, individuati *nell'appendice F*.

Si richiama inoltre l'obbligo, per tutte le unità di offerta nelle quali la normativa prevede la compartecipazione ai costi da parte dei cittadini/Comuni, del rilascio annuale della certificazione ai fini fiscali delle rette, le cui caratteristiche sono indicate *nell'appendice F*.

3.6 Cessione di crediti nascenti dal contratto di accreditamento

In materia continuano ad applicarsi le regole generali dettate dall'art. 9 della legge sull'abolizione del contenzioso amministrativo, L. 20 marzo 1865 n. 2248, all.E, ai sensi delle quali "sul prezzo dei contratti in corso non potrà convenirsi cessione, se non vi aderisca l'amministrazione interessata". La norma è dettata dalla esigenza di evitare che il creditore (nella fattispecie il soggetto accreditato) non abbia i mezzi per poter continuare ad erogare la prestazione nei termini pattuiti.

Con l'art.117 del codice dei contratti pubblici, l'assenso espresso non è più richiesto essendo sufficiente che non intervenga il rifiuto con comunicazione da notificarsi al cedente e al cessionario entro 45 giorni dalla notifica della cessione.

In questi casi, l'ASL è tenuta a compiere una istruttoria sulle capacità (tecniche ed economiche) del soggetto gestore a continuare ad erogare la prestazione esattamente secondo gli standard ed i livelli di qualità dichiarati ed accertati.

Ai fini dell'opponibilità alla ASL le cessioni di crediti devono essere stipulate mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata e devono essere notificate alle stesse.

3.7 Cause di risoluzione del contratto e del patto di accreditamento

Il contratto e il patto di accreditamento possono essere risolti nei seguenti casi:

- per la perdita, non ripristinata entro i termini fissati dalla ASL , di un requisito soggettivo o oggettivo: strutturale, gestionale, tecnologico ed organizzativo, previsto per l'accREDITamento⁹;
- a causa di subentro nella gestione dell'attività conseguentemente alla cessione del contratto¹⁰, senza che siano state rispettate le procedure di cui al paragrafo 2.7. In questo caso l'ASL dovrà

- ⁹ L'accertamento di ciò da parte dell'ASL determina l'avvio del procedimento per il ripristino della situazione fino alla eventuale revoca del provvedimento di accREDITamento e alla risoluzione di diritto del contratto. Con riguardo alle specifiche fattispecie, l'ASL, nell'esercizio dell'attività di vigilanza, ove rinvenga la possibilità di un ripristino delle condizioni che danno origine al rapporto di accREDITamento, può prescrivere il termine entro il quale il soggetto gestore regolarizzi la situazione, disponendo comunque la sospensione o l'eventuale decurtazione dei pagamenti delle prestazioni rese nel periodo in questione;

- ¹⁰ La cessione del contratto è disciplinata, in via generale, dagli articoli 1406 e seguenti del codice civile. Perché ciò accada è necessario che l'altro contraente esprima il proprio consenso e che le prestazioni oggetto del contratto trasferito non siano state ancora eseguite.

In materia di accREDITamento, per le ragioni che sono state ampiamente illustrate, non è configurabile l'applicazione di questo istituto.

immediatamente darne informazione alla Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale perché sia avviato il procedimento di revoca dell'accreditamento. Il contratto non produrrà alcun effetto nei confronti dell'ASL, la quale dovrà disporre l'immediata sospensione dei pagamenti;

- a causa della cessione del patto, in mancanza di un preventivo atto dell'ASL che autorizzi la volturazione. In questo caso l'ASL dovrà immediatamente avviare il procedimento di revoca del patto. Il patto non produrrà alcun effetto nei confronti dell'ASL, la quale dovrà disporre l'immediata sospensione dei pagamenti;
- a causa della cessazione dell'attività per la quale, comunque, deve essere dato un preavviso di almeno 90 giorni. In questi casi, l'ASL, quale ente di governo dell'offerta socio-sanitaria locale, si attiva per reperire soluzioni alternative nell'interesse degli assistiti.

Si ricorda che la revoca, o la decadenza del provvedimento di accreditamento, è disposta su proposta motivata dell'ASL. Fin dall'avvio del relativo procedimento, il contratto è sospeso su iniziativa dell'ASL che ne dà formale comunicazione al soggetto gestore. A seguito della revoca o decadenza dell'accreditamento, l'ASL dovrà dare atto della risoluzione del contratto.

4. LA VIGILANZA

4.1 Principi generali

In linea generale, sia per l'attività di vigilanza dei requisiti strutturali, gestionali, tecnologici ed organizzativi, che per l'attività di controllo dell'appropriatezza, merita di essere evidenziata la necessità di un progressivo sviluppo del livello di corresponsabilità tra soggetto istituzionalmente preposto a queste attività e soggetto erogatore della prestazione. Ciò con l'obiettivo fondamentale di sostenere il costante miglioramento della qualità delle prestazioni. Devono pertanto essere ideate tutte quelle iniziative tese alla diffusione di forme di autocontrollo da parte dei gestori.

L'esercizio dell'attività di vigilanza è finalizzato a:

- tutelare i cittadini fruitori di unità d'offerta, soprattutto quelli in condizioni di maggior fragilità
- tutelare l'uso appropriato delle risorse di sistema
- tutelare la corretta competizione tra gli erogatori.

Alle ASL è assegnata la funzione di vigilanza delle unità d'offerta e delle prestazioni erogate al cittadino nei sistemi: sanitario, socio sanitario e socio assistenziale.

Conseguentemente, per il raggiungimento degli scopi richiamati, l'attività di vigilanza deve fare propri i seguenti elementi:

- conoscenza delle unità d'offerta
- conoscenza delle regole di sistema
- conoscenza delle strategie aziendali
- conoscenza e revisione in progress degli strumenti volti a garantire procedimenti di valutazione oggettivi e trasparenti.

L'attività di vigilanza sulle unità d'offerta socio sanitarie deve rispondere ai seguenti principi di carattere generale:

- **programmazione:** l'attività di vigilanza deve essere programmata nell'ambito del piano annuale della vigilanza e dei controlli, approvato dal Direttore generale dell'ASL, e dal quale emergano con chiarezza le professionalità coinvolte, le procedure adottate sulla base di protocolli interni, la precisa identificazione dei compiti, i sistemi di rendicontazione;
- **integrazione:** il buon andamento dell'attività si misura in termini di semplificazione delle procedure e di integrazione tra le diverse strutture dell'ASL adibite ai controlli (prevenzione, accreditamento sanitario, vigilanza socio sanitaria, ecc.);
- **completezza:** i piani di vigilanza e di controllo devono comprendere le diverse tipologie previste dalla norma, quali il controllo sulle unità d'offerta (a seguito di DIA, sulle attività in esercizio, nell'ambito del procedimento di accreditamento), l'attività assegnata alle ASL in relazione agli articoli 23 e 25 del codice civile, l'attività di supporto alla commissione di controllo sulle ASP, prevista dall'art.15 della l.r. 1/2003.

Le ASL devono predisporre regolamenti/protocolli e procedure che definiscano e rendano evidente ai gestori, in base al principio di trasparenza, le modalità dello svolgimento dei sopralluoghi ispettivi riferiti alle unità d'offerta dell'area socio sanitaria.

La vigilanza riguarda tutte le unità d'offerta, rivolgendo l'attenzione principalmente a quelle che presentano, a livello territoriale, le maggiori criticità, sulla base di "codici di rischio" stabiliti attraverso l'esito dei controlli storicamente effettuati così come indicato nella l.r. 8/2007.

Confermando le disposizioni della DGR n. 7929/08 che ha stabilito che i controlli di appropriatezza saranno svolti senza preavviso, si ritiene possibile e opportuno il preavviso ai gestori per le funzioni di vigilanza nei casi di seguito elencati:

- prima verifica del possesso dei requisiti di accreditamento, finalizzata all'espressione di parere dell'ASL alla Regione Lombardia;
- verifica dello stato di attuazione dei piani programma;
- verifica in loco di natura strettamente documentale.

Al termine della visita ispettiva l'ASL redige il verbale in contraddittorio con il gestore o con persona da esso incaricata, nel quale sono indicati i motivi del sopralluogo, i requisiti valutati, la documentazione acquisita dall'ASL. Tale verbale è congiuntamente sottoscritto dall'ASL e dal gestore o persona da esso incaricata. Nel caso in cui le azioni svolte ed i dati rilevati non consentano l'immediata assunzione di decisioni in merito ad eventuali prescrizioni o provvedimenti, per tali aspetti, entro il termine massimo di 15 giorni, l'ASL predispose una comunicazione integrativa.

4.2 Vigilanza sugli aspetti amministrativi

In sede di vigilanza amministrativa, di natura precipuamente documentale, l'ASL dovrà:

- accertare la completezza dell'istanza e l'adeguatezza della documentazione probatoria;
- accertare il titolo di legittimazione del legale rappresentante dell'ente gestore nonché i requisiti soggettivi (ivi compresi quelli di onorabilità);
- accertare il titolo di godimento dell'immobile in cui ha sede l'unità d'offerta da parte del soggetto gestore (se diverso dal proprietario), dal quale risulti la disponibilità dell'immobile ai fini dell'esercizio dell'unità d'offerta per la quale si presenta la DIA;
- accertare che l'ente gestore (e il proprietario dell'immobile in cui ha sede l'unità d'offerta) non sia sottoposto a procedure fallimentari.

La programmazione della vigilanza dovrà riguardare anche l'attività svolta dalle Fondazioni che gestiscono unità d'offerta sociosanitarie, ai sensi dell'articolo 25 del codice civile.

La verifica potrà avvenire sia mediante sopralluoghi di personale incaricato presso la sede dell'ente, di norma alla presenza del Legale rappresentante e del responsabile delle attività dell'unità d'offerta, oppure mediante esame di documentazione, prevedendo, a tal fine, l'avvio di appositi flussi informativi con i vari enti, eventualmente da concordare mediante stipula di un protocollo congiunto

Dovrà essere inviata scheda di rendicontazione, secondo le scadenze definite dagli uffici regionali, alla Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale, nell'ambito del monitoraggio regionale come da nota regionale prot. n. A1.2006.73212 del 20 giugno 2006, che dovrà essere inserita nella reportistica vigilanza/controlli.

4.3 Vigilanza sugli aspetti tecnici

La vigilanza tecnica è un'attività che ha ad oggetto:

1. la verifica dei requisiti di esercizio ed accreditamento, per le unità d'offerta di nuova attivazione, sulla base della normativa di settore vigente, e con le modalità già specificate nel presente documento nei capitoli 1 e 2;

2. la verifica della permanenza dei requisiti di esercizio e di accreditamento, da effettuarsi annualmente;

Gli aspetti da tenere monitorati sono i seguenti:

- a) strutturali: dimensioni – articolazione degli spazi, individuali e comuni (standard strutturali);
- b) gestionali: quantità e tipologia del personale, rispetto della normativa, affidamento di prestazioni a terzi, presenza di volontariato, ecc. (standard gestionali);
- c) tecnologici: impianti, arredi e attrezzature;
- d) organizzativi: carta dei servizi, linee guida, protocolli, attività progettuali, debito informativo, customer, scheda struttura.

Per gli standard strutturali, tra gli aspetti da considerare si segnala:

- monitoraggio dei piani programma e dei loro stati di avanzamento con particolare riferimento alle strutture accreditate che hanno ottenuto l'autorizzazione al funzionamento in via provvisoria.

Per quanto riguarda lo standard gestionale

In linea generale, si chiede alle ASL di verificare la sussistenza degli standard di personale con particolare riguardo alla quantità riferita ai requisiti minimi di accreditamento, riconfermando che la stessa deve essere commisurata alle presenze degli utenti anche qualora non siano effettive nei casi previsti (es. assenze per ricoveri), al possesso delle professionalità previste dalla normativa di accreditamento e stabilite contrattualmente. Si chiarisce che gli standard minimi, laddove sono settimanali, anche se derivano da una media dei minutaggi garantiti alle singole persone, devono essere effettivamente garantiti in ogni settimana dell'anno. In particolare, per quanto riguarda gli operatori direttamente addetti all'assistenza degli ospiti, dovranno essere monitorati i casi in cui sono state concesse deroghe, ai sensi dei provvedimenti di individuazione dei requisiti di accreditamento, precisando che le deroghe possono essere sostenute solo per le motivazioni espressamente in essi elencate. Qualora si rilevassero casi di deroghe non sostenute da motivazioni espressamente previste dalla normativa, l'ASL dovrà provvedere alla diffida al ripristino dei requisiti mancanti ed all'attivazione di quanto previsto dal contratto di accreditamento.

La verifica della sussistenza dello standard di personale deve essere condotta anche attraverso la verifica documentale con riguardo agli standard richiesti, la verifica del possesso delle qualifiche dichiarate, la presenza di eventuali condizioni di incompatibilità.

Si dovrà inoltre aver cura di verificare le turnazioni del personale di assistenza e le modalità con cui è garantita la reperibilità medica laddove prevista. A tale proposito si chiarisce che la reperibilità non può essere interpretata solo come reperibilità telefonica, e che il medico, se la situazione lo richiede, deve essere nelle condizioni di raggiungere la struttura entro 30 minuti. Si richiama in proposito integralmente quanto previsto dalla DGR n. 12618/03 relativamente alle R.S.A., all'Allegato A nella parte relativa ai requisiti di accreditamento.

Inoltre si dovrà verificare che la materia della reperibilità medica e di come venga garantita la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici ecc.) sia descritta all'interno dei documenti previsti dalla normativa addirittura come requisiti minimi di funzionamento (documentazione attestante la quantità di personale necessaria per la gestione dell'unità d'offerta., gestione dell'emergenza).

Dovranno inoltre essere monitorati l'utilizzo e la tipologia delle nuove professionalità recentemente acquisite all'interno del sistema. Sempre con riferimento al personale, dovrà essere individuato quello operante su più centri di costo e verificata la compatibilità, sia in termini quantitativi che

qualitativi dell'utilizzo dello stesso (es. verifica monte ore annuo molto superiore alla media, verifica tipologia professionale indicata ecc.).

Laddove i requisiti gestionali di accreditamento prevedono la possibilità di disporre di personale qualificato per ogni possibile supporto alla persona in relazione ai Progetti/Piani Individuali si ritiene di precisare quanto segue. Le figure professionali aggiuntive, oltre a quelle indispensabili e previste dalle d.g.r. specifiche, che il gestore può autonomamente individuare in relazione alle necessità descritte nei Progetti/Piani individuali, sono da ritenersi, nelle d.g.r. medesime, indicate a titolo esemplificativo e non esaustivo.

Per quanto riguarda la rendicontazione del personale OSS, si stabilisce che, ai fini degli standard di accreditamento, tale personale potrà essere rendicontato come OSS solo in corrispondenza di un effettivo inquadramento contrattuale. Ciò significa che, nel caso un operatore sia inquadrato come ASA, sebbene in possesso di titolo OSS, dovrà essere rendicontato come ASA ed impiegato per le corrispondenti mansioni di A.S.A.. Inoltre, è importante verificare che, ad esempio, durante il turno notturno, in assenza dell'infermiere, vi sia l'OSS e non l'ASA (per le RSA e le RSD).

Per il personale volontario si ribadisce che, ai fini della rendicontazione dello stesso nell'ambito degli standard di accreditamento, è necessario che sia in possesso dei requisiti professionali richiesti, e di norma appartenga ad associazioni di volontariato iscritte nell'apposito registro e convenzionate con la struttura dove svolge l'attività. Tutti i volontari operanti come animatori/educatori o ausiliari addetti all'ospite, non in possesso di specifico requisito professionale, potranno essere rendicontati solo come "altro personale" e non contribuiscono al raggiungimento dello standard minimo di accreditamento.

Per il personale religioso in possesso dei requisiti professionali richiesti, residente nella struttura, ma non ospite con quota a carico del FSR, si riconferma la possibilità di rendicontazione di un orario teorico di 48 ore alla settimana per un massimo di 48 settimane l'anno ai fini degli standard di accreditamento.

Inoltre, per quanto riguarda **l'utilizzo di personale pubblico** e di medici di medicina generale in unità d'offerta sociosanitarie si rammenta quanto segue.

Ferma restando l'applicazione dei principi di unicità e di esclusività del rapporto di lavoro del personale dipendente del SSR e richiamata la disciplina in materia di libera professione, ai sensi della quale è, comunque, fatto divieto di svolgere attività nell'ambito di strutture accreditate, si ritiene di dover richiamare le ASL ad una particolare attenzione circa la presenza di situazioni di incompatibilità all'interno delle unità d'offerta accreditate.

Per tale motivo, si ritiene che il codice etico aziendale debba tenere conto anche di queste fattispecie.

Per i medici di medicina generale (MMG) si applicano le norme che discendono dagli accordi collettivi nazionali e dalla contrattazione integrativa, ai sensi della quale l'esercizio di attività all'interno di una RSA, nei limiti precisati dalla contrattazione, non configura una fattispecie di incompatibilità. Quando un utente del servizio sanitario nazionale viene ricoverato in una RSA/RSD su un posto accreditato, l'ente gestore deve provvedere alla sua cancellazione dagli elenchi del MMG ed alla contestuale richiesta di attribuzione allo stesso del codice di struttura della RSA/RSD alla quale la ASL di residenza dell'utente inserito su posto accreditato corrisponde una quota per l'assistenza medica di base, per l'assistenza farmaceutica e per una quota dell'assistenza protesica. E' preciso onere del MMG che operi in una unità di offerta socio sanitaria, soprattutto se in veste di Direttore Sanitario, accertare che ciò accada.

Nel rispetto dei limiti che informano l'attività del datore di lavoro e di corrette relazioni sindacali, le ASL potranno avviare iniziative a tutela degli interessi aziendali e, comunque, rivolte a prevenire situazioni non corrette sul piano dell'etica aziendale a prescindere dai profili di liceità o di compatibilità previsti dalla normativa, anche contrattuale, vigente. In particolare, potranno essere promosse apposite ricognizioni rivolte a verificare la sussistenza delle seguenti fattispecie:

- personale dipendente che, anche previa autorizzazione aziendale, partecipi a consigli di amministrazione o ad organi direttivi di enti che gestiscono unità d'offerta sociosanitarie o sociali accreditate, operanti sul territorio aziendale o anche al di fuori di esso;
- personale dipendente che partecipi ad associazioni di volontariato o ad altre organizzazioni operanti nel settore sanitario, sociosanitario o sociale, precisandone con esattezza denominazione e sede legale. Tale disposizione deriva dall'art.4¹¹ del codice di comportamento dei pubblici dipendenti, allegato ai rispettivi CCNL.

L'attività di volontariato, in generale ed in particolare nel settore sociale e sociosanitario, va sempre favorita. Diversa è, invece, la situazione di quei dipendenti pubblici che, tramite associazioni di volontariato o di altri enti non profit, svolgano attività che, per tipo di mansioni, modalità e tempi di esecuzione, si configurino come veri e propri rapporti di lavoro. In tal senso, assume un particolare rilievo il controllo sui rapporti di lavoro (formali e di fatto) instaurati all'interno delle unità d'offerta.

Resta inteso che, per ogni ulteriore collaborazione, configurabile nell'ambito dei rapporti di lavoro, prestata dal personale dipendente presso altri soggetti pubblici o privati, fermo restando la disciplina in materia di libera professione ed i relativi limiti e divieti, è soggetta al generale principio della non cumulabilità dei rapporti di lavoro, ai sensi dell'art.53 del decreto legislativo n.165/2001.

Per quanto riguarda eventuali adattamenti dell'unità d'offerta per meglio rispondere ai bisogni dei propri ospiti, si evidenziano i seguenti aspetti da rilevare, valutare e confrontare con il livello regionale:

- *adattamento dei requisiti all'evoluzione delle necessità assistenziali*: la rapida evoluzione delle necessità e dei desideri della popolazione servita, rende necessaria un'apertura nei confronti di eventuali proposte di modificazione/miglioramento rispetto ai requisiti previsti dalla normativa, che devono, pertanto, essere valutate, selezionate e proposte al programmatore regionale;
- *flessibilità per l'ideazione di nuove forme di assistenza*: devono essere ricercate le possibili soluzioni per l'adattamento degli standard esistenti a supporto di eventuali modalità assistenziali innovative, avendo cura di confrontarle con il livello regionale, a garanzia della più ampia omogeneità di comportamento su tutto il territorio regionale.

Per quanto riguarda le **modalità organizzative**, si ritiene debbano essere attentamente vigilati i seguenti requisiti per i quali si chiede di voler verificare l'adozione ed effettiva diffusione, nei casi previsti, da parte di tutte le unità d'offerta:

Carta dei servizi: per quanto riguarda le Carte dei Servizi si dovrà avere cura di verificare l'esposizione al pubblico, la loro distribuzione agli interessati e di valutare la loro coerenza con

¹¹ Art. 4.

Partecipazione ad associazioni e altre organizzazioni

1. Nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, il dipendente comunica al dirigente dell'ufficio la propria adesione ad associazioni ed organizzazioni, anche a carattere non riservato, i cui interessi siano coinvolti dallo svolgimento dell'attività dell'ufficio, salvo che si tratti di partiti politici o sindacati.

2. Il dipendente non costringe altri dipendenti ad aderire ad associazioni ed organizzazioni, né li induce a farlo promettendo vantaggi di carriera.

la normativa dell'accreditamento, la loro trasparenza con riferimento all'entità delle rette e di quanto esse comprendono o escludono (e la conformità con l'entità delle rette dichiarate sui siti aziendali ASL, nonché sui contratti sottoscritti dagli ospiti) ed alle procedure di ammissione e di dimissione degli ospiti, nonché sui diritti delle persone assistite, e la effettiva distribuzione ad ospiti o famigliari. Sul punto, la l.r. n. 3/2008 ha modificato l'art. 11 della l.r. n. 31/1997. Inoltre, occorrerà tenere conto anche di quanto disposto dall'art. 8 della stessa legge, dove si prevedono alcuni obblighi a carico dei soggetti gestori in ordine all'informazione sulle rette praticate e sulla possibilità di accedere a contributi pubblici. Nessun corrispettivo deve essere chiesto per lo svolgimento di tutte le pratiche e procedure preliminari all'ingresso dell'utente. Da ultimo, va precisato che la carta dei servizi deve essere costantemente aggiornata in relazione alle possibili variazioni per alcune sue parti (es. servizi aggiuntivi, retta a carico dell'utente, ecc). Ogniquale volta viene modificata, copia della carta dei servizi deve essere tempestivamente inviata alla Regione, alla ASL territorialmente competente ed agli utenti.

- **contratti di ingresso alle unità d'offerta:** la l.r. n.3/2008, art. 7, pone in capo alla Regione il compito di fornire indicazioni in ordine alle modalità di accesso alle unità d'offerta. In particolare si ritiene opportuno evidenziare l'importanza che assume il contratto di ingresso, e ciò al fine di dare certezza ai rapporti che devono intercorrere tra le parti. Ciò non toglie che l'ente gestore debba correttamente e diligentemente assolvere a tutti gli obblighi che, a prescindere dal fatto che siano o meno richiamati nel contratto, derivano dalla l.r. n. 3/2008.

Qui di seguito si indicano i principali contenuti del **contratto di ingresso**:

- a) individuazione del soggetto abilitato a firmarlo, tenuto conto che possono ricorrere diverse ipotesi (l'assistito personalmente, un terzo – parente o non parente -, il tutore o l'amministratore di sostegno, il Comune – sia quando assuma l'intero onere di pagare la retta direttamente sia quando disponga il ricovero per mezzo di propri provvedimenti);
- b) le prestazioni a carico dell'ente gestore (ivi compresi gli obblighi di custodia di beni, di assicurazione, di rispetto della privacy, di rispetto dei protocolli assunti, di rendere nota la carta dei servizi, di costituire documentazione sanitaria o sociosanitaria, ecc.);
- c) le prestazioni a carico dell'utente (tra cui il pagamento della retta e le relative modalità, anche nei casi di provvisoria assenza dalla unità d'offerta, il versamento di eventuali depositi pari al massimo ad una mensilità della compartecipazione richiesta);
- d) il rilascio della certificazione delle rette ai fini fiscali, per i servizi che prevedono una compartecipazione al costo da parte dell'utente, entro i tempi utili per la presentazione della dichiarazione dei redditi;
- e) le ipotesi di recesso e di risoluzione del contratto, nonché di dimissioni, caso questo che, se determinato da ritardati o non avvenuti pagamenti della retta, potrà ricorrere a condizione che il soggetto erogatore abbia adempiuto ai propri obblighi normativamente sanciti e si sia attivato perché le dimissioni avvengano in forma assistita dal Comune e dall'ASL;
- f) clausole in materia di rispetto della privacy e di contenzioso.

Nella stesura dei contratti in questione, le ASL potranno fornire, se richiesto, il necessario apporto collaborativo, senza invadere l'autonomia dei singoli enti gestori.

- **Piano di Assistenza Individuale e Fascicolo Socio-Sanitario:** si tratta di accertarne l'effettiva adozione. Si precisa che un primo PAI, anche se provvisorio e recante almeno una registrazione della fase di accoglienza in struttura, deve essere adottato entro una settimana dall'ingresso dell'ospite. Si sollecitano inoltre le ASL ad attivare iniziative e percorsi tesi ad evitare la standardizzazione dei PAI al fine di favorire una effettiva personalizzazione del

piano di assistenza. Il PAI deve essere predisposto dalla équipe con la partecipazione o, comunque, la condivisione della persona e/o della sua famiglia.

Il fascicolo socio sanitario deve contenere **il diario clinico** nel quale sono documentati gli eventi riguardanti l'evoluzione dello stato di salute dell'utente e sono registrati i trattamenti diagnostici, terapeutici, assistenziali, riabilitativi effettuati. Variazioni delle condizioni di salute dell'utente e le eventuali modifiche, motivate, al piano di cura devono essere segnalate tempestivamente. Ogni registrazione di diario deve essere corredata di data e ora, il redattore deve essere sempre identificabile. Gli operatori che hanno titolo a redigere il diario clinico sono: i medici, gli infermieri, i tecnici della riabilitazione, che sono chiamati ad assumere decisioni incidenti sull'assistito o ad attuare prestazioni a favore dello stesso; inoltre altre figure professionali di operatori definite negli standard gestionali (es. educatori, OSS/ASA/OTA, altre figure previste dalla normativa specifica dell'unità d'offerta), compatibilmente con le attribuzioni loro conferite dalla normativa vigente e da discipline regolamentari interne alle unità d'offerta

Per quanto riguarda le Strutture di Riabilitazione: Progetto Riabilitativo di Struttura (PRS), Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), Programma Riabilitativo Individuale (pri) si tratta di accertare che questi documenti siano effettivamente adottati come previsto dalla DGR n. 1375/2005 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2006" e che sia presente la cartella clinica così come è stata normata dalla Regione.

- **linee guida/protocolli:** con riferimento alle linee guida delle RSA si precisa che quanto previsto all'ultimo punto del comma 3.3. della DGR n. 7435/2001 deve intendersi più correttamente come adozione di linee guida per "l'applicazione di strumenti di protezione e tutela dell'ospite" anziché "mezzi di contenzione". Si prega di voler tener conto di ciò anche nominativamente nei verbali di vigilanza e nelle griglie di censimento dei requisiti di accreditamento.

La l.r. n. 3/2008 pone l'accento sul diritto al consenso informato della persona assistita e dei familiari. Non solo, proprio perché l'informazione sia effettiva ed il consenso sia davvero informato è necessario che la persona assistita sia in grado di comprendere l'informazione e di esprimere il consenso. Quando ciò non è possibile, le ASL devono attivarsi perché siano promossi, fin dal momento in cui il bisogno assistenziale è stato individuato, i procedimenti per il riconoscimento della tutela o dell'amministrazione di sostegno. A tal fine, la l.r. n.3/2008 prevede la costituzione all'interno di ogni ASL di un apposito ufficio.

- **debito informativo** e dei flussi economici: ai fini della verifica della permanenza dei requisiti di accreditamento ed al pagamento delle prestazioni, si sottolineano l'importanza del corretto rispetto di questo adempimento e la necessità che, laddove presenti, le classificazioni vengano effettuate per tutti gli ospiti, compresi quelli per i quali si stanno ancora pagando prestazioni differenziate (ad es. Alzheimer o persone ex OP). In questi casi, attraverso la verifica di quanto dichiarato sulla Scheda Struttura, alle ASL spetta annualmente il compito di confermare o meno la permanenza dei requisiti di accreditamento delle singole unità d'offerta. Si invitano le ASL a voler promuovere ogni opportuna iniziativa informativa/formativa rivolta ai gestori, al fine di ottenere un miglioramento nelle modalità e nei tempi di compilazione delle Schede. Vale il principio che il riconoscimento di un eventuale premio qualità per il futuro, dovrà essere subordinato, oltre che al rispetto dei tempi di consegna del debito informativo, anche alla accuratezza delle informazioni in esso contenute.

- **customer satisfaction:** si dovrà verificare che la customer sia stata fatta nei modi e tempi previsti dalla normativa di accreditamento e nel rispetto della normativa sulla privacy. La

socializzazione dei risultati della customer deve essere fatta attraverso informazione scritta o attraverso momenti assembleari. In ogni caso il documento prodotto deve essere trasmesso al servizio di vigilanza dell'ASL .

- **scheda struttura:** laddove già attivata come modalità di rendicontazione del servizio, ne deve essere verificata la coerenza in tutte le sue parti e deve essere trasmessa alla ASL e alla Regione nei tempi previsti..

Si prevede l'estensione della scheda struttura per tutte le unità d'offerta socio sanitarie. Nella scheda struttura devono essere riportati tutti i dati relativi agli aspetti strutturali, gestionali, tecnologici e di funzionamento delle unità d'offerta. La corretta, completa e puntuale compilazione della scheda struttura rientra tra gli obblighi di debito informativo a carico dell'ente gestore. È da considerarsi, alla stregua della scheda personale dell'utente/ospite, elemento determinante ai fini della conoscenza e del governo del sistema. Da essa dovranno rilevarsi gli indicatori utili a definire, per ogni unità d'offerta, il relativo codice di rischio.

4.4 I controlli sulle fondazioni che gestiscono unità d'offerta sociosanitarie

Ai sensi dell'art. 4 comma 33° della l.r. n.1/2000, le ASL esercitano le funzioni amministrative di vigilanza e controllo previste dagli articoli 23 e 25 del codice civile¹ sulle persone giuridiche di diritto privato di cui al Libro primo, titolo secondo, che operano in ambito socio-sanitario e socio-assistenziale.

² Art. 23 Annullamento e sospensione delle deliberazioni

Le deliberazioni dell'assemblea contrarie alla legge, all'atto costitutivo o allo statuto possono essere annullate su istanza degli organi dell'ente, di qualunque associato o del pubblico ministero.

L'annullamento della deliberazione non pregiudica i diritti acquistati dai terzi di buona fede in base ad atti compiuti in esecuzione della deliberazione medesima (1445, 2377).

Il Presidente del tribunale o il giudice istruttore, sentiti gli amministratori dell'associazione, può sospendere, su istanza di colui che l'ha proposto l'impugnazione, l'esecuzione della deliberazione impugnata, quando sussistono gravi motivi. Il decreto di sospensione deve essere motivato ed è notificato agli amministratori (att. 10).

L'esecuzione delle deliberazioni contrarie all'ordine pubblico o al buon costume può essere sospesa anche dall'autorità governativa (att. 9).

Art. 25 Controllo sull'amministrazione delle fondazioni

L'autorità governativa esercita il controllo e la vigilanza sull'amministrazione delle fondazioni; provvede alla nomina e alla sostituzione degli amministratori o dei rappresentanti, quando le disposizioni contenute nell'atto di fondazione non possono attuarsi; annulla, sentiti gli amministratori, con provvedimento definitivo, le deliberazioni contrarie a norme imperative, all'atto di fondazione, all'ordine pubblico o al buon costume; può sciogliere l'amministrazione e nominare un commissario straordinario, qualora gli amministratori non agiscano in conformità dello statuto e dello scopo della fondazione o della legge.

L'annullamento della deliberazione non pregiudica i diritti acquistati dai terzi di buona fede in base ad atti compiuti in esecuzione della deliberazione medesima (1445, 2377).

Le azioni contro gli amministratori per fatti riguardanti la loro responsabilità devono essere autorizzate dall'autorità governativa e sono esercitate dal commissario straordinario, dai liquidatori o dai nuovi amministratori.

Per le persone giuridiche il cui ambito di operatività è sovraprovinciale, le funzioni amministrative di vigilanza e controllo sono esercitate dall'ASL in cui l'ente ha la sede legale.

Si tratta, pertanto, di un controllo sulla amministrazione della fondazione e sulla capacità di questa di operare in funzione dello scopo assegnato. In questo ambito, l'ASL dispone di un rilevante potere di intervento, sia nei confronti degli organi sia nei confronti degli atti adottati, pur sempre nei limiti stabiliti dalla norma.

Il controllo si esercita anche laddove le fondazioni gestiscano unità d'offerta non accreditate e può rivolgersi alla verifica degli atti principali di gestione del patrimonio, degli atti relativi alla costituzione ed al funzionamento degli organi coerentemente con le disposizioni statutarie (anche con riguardo a possibili condizioni di incompatibilità o comunque alla verifica dei requisiti prescritti dagli statuti), degli atti di gestione del personale, sempre con riguardo ai casi previsti dalla norma.

Una particolare attenzione andrà rivolta ai contratti di affidamento di servizi a terzi, soprattutto quando investono direttamente la specifica attività della unità d'offerta, anche con particolare riferimento al fenomeno delle anomalie contrattuali e salariali per le diverse tipologie di lavoratori operanti presso la stessa unità di offerta.

Proprio per rendere effettivo questo tipo di controllo si dispone che le ASL:

- a) individuino all'interno della propria organizzazione, senza oneri aggiuntivi, una struttura od un organismo (commissione di controllo), comprendenti le necessarie professionalità interne, da reperire sia tra gli operatori tecnici sia tra gli operatori delle strutture amministrative (giuridico-economico-finanziario).
- b) il piano dei controlli dovrà prevedere una percentuale annuale di enti da verificare, ed a tal fine si dispone un obbligo di rendicontazione alla Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale entro il 31 gennaio di ogni anno
- c) informino prima possibile la Direzione Famiglia e Solidarietà Sociale relativamente all'avvio di procedure di vigilanza e controllo, cui possa conseguire un'eventuale attività diretta della Regione in riferimento alla gestione del Registro delle persone giuridiche private.

Il controllo potrà avvenire sia mediante sopralluoghi di personale incaricato presso la sede dell'ente, di norma alla presenza del Legale rappresentante e del responsabile delle attività dell'unità d'offerta, oppure mediante esame di documentazione, prevedendo, a tal fine, l'avvio di appositi flussi informativi con i vari enti, eventualmente da concordare mediante stipula di un protocollo congiunto.

5. CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA

5.1 Che cos'è

La verifica della appropriatezza si riferisce:

- all'utenza
- alle prestazioni
- al processo operativo
- al funzionamento organizzativo

Gli obiettivi quindi sono: la verifica del livello di adeguatezza e di qualità delle prestazioni erogate e l'impulso ad un ulteriore miglioramento, qualificando l'azione di controllo comprendendo i livelli sia formale che sostanziale.

Il controllo di appropriatezza intende stimolare nei gestori una modificazione del proprio comportamento, che conduca verso l'integrazione del sistema delle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali, in modo da dare risposte appropriate, tempestive ed economicamente sostenibili, alle domande di assistenza espresse dalla popolazione e garantire al cittadino fragile, la continuità delle cure.

Come effetto dell'azione di controllo, ci si attende, quindi, una modificazione in senso positivo, che non si ottiene solo o soprattutto nel rilevare l'inadempienza per sanzionarla, ma orientando ed accompagnando i gestori, anche attraverso la ferma richiesta del rispetto delle norme stabilite e delle regole condivise.

Al momento si conferma che le verifiche dovranno interessare la documentazione (ivi comprese le classificazioni SOSIA o SIDI ove presenti, fascicoli socio sanitari congiuntamente ai PAI in carenza di classificazione) relativa all'utenza, secondo le indicazioni fornite dalla Regione.

Ciò significa che potranno esserci casi di verifiche superiori o inferiori alla quota definita a livello regionale, in relazione a quanto risultante dai "codici di rischio" o dall'esito dei controlli precedenti, o dall'individuazione/rilevazione di indicatori di rischio (eventi sentinella).

5.2 Indicatori di rischio per il campionamento della verifica di appropriatezza delle prestazioni.

Il controllo riguarda tutte le unità d'offerta, rivolgendo l'attenzione principalmente a quelle che presentano, a livello territoriale, le maggiori criticità, sulla base di "codici di rischio" identificati attraverso l'esperienza derivante dai controlli storicamente effettuati.

Premesso che una completa e puntuale individuazione degli indicatori di rischio e degli aspetti da sottoporre a controllo mirato, avverrà solo a seguito di una adeguata elaborazione da parte di un gruppo di approfondimento tecnico, appositamente costituito, presso la Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale, a **titolo esemplificativo**, se ne indicano alcuni possibili

- percentuale elevata di ospiti in condizioni di grave fragilità e bassa entità della spesa sanitaria;

- percentuale elevata di ospiti in condizione di grave fragilità e bassa dotazione di personale;

Con particolare riferimento alle R.S.A.:

- percentuale di classi di maggiore fragilità SOSIA superiore a 80;

- percentuale di decessi superiore alla media e percentuale delle classi di maggiore fragilità inferiori alla media;

- percentuale delle classi di maggiore fragilità superiore alla media e percentuale di decessi inferiore alla media;

- percentuale di ospiti con decubiti;

- percentuale di ospiti soggetti all'applicazione di strumenti di protezione e tutela;

- percentuale di ospiti con cadute;

Con particolare riferimento agli Hospice:

- durata del ricovero;

Con particolare riferimento alle Strutture di riabilitazione:

- indice di rotazione su posto letto;

- percentuale di ospiti con durata del trattamento pari al valore soglia.

Per quanto riguarda ad esempio RSA, RSD, CSS e CDD si deve verificare che l'indicazione dei livelli di fragilità dei parametri descritti nel SOSIA o nel SIDI sia sostenuta in modo congruente dalla documentazione raccolta nel fascicolo socio-sanitario e nel PAI.

Di norma, ciò non significa che l'équipe di controllo sia legittimata a compiere una valutazione rispettivamente clinica (SOSIA) e funzionale (SIDI), in sostituzione di quella condotta dal personale della RSA o delle unità d'offerta per disabili.

Se necessario, d'intesa con il medico di struttura, si potrà provvedere all'osservazione diretta dell'ospite, limitatamente a quegli item previsti dai sistemi di classificazione, non chiaramente definibili o risultanti incongruenti dall'esame della documentazione.

Qualora non vi sia congruenza tra fascicolo socio-sanitario, PAI e SOSIA/SIDI, si dovrà procedere come segue:

a) *nel caso di ospite ancora presente in struttura*, SOSIA/SIDI dovrà essere rifatto;

b) *nel caso di ospite non più presente in struttura*, per quella prestazione non potrà essere riconosciuta una tariffa superiore a quella della classe di minore fragilità.

Qualora la ASL verifichi la non appropriatezza in una classe, ad es. classe 1 SOSIA attribuita dal Gestore al posto della corretta classe 3 SOSIA, la rideterminazione della tariffa dovrà essere fatta dal giorno in cui è iniziata la prestazione nella classe contestata. Se la ridefinizione è invece ad es. classe 1 SOSIA invece di classe 3 SOSIA, la rivalutazione tariffaria non potrà che essere fatta dal giorno della verifica dell'ASL.

Per quanto riguarda gli Hospice e i CDI, il controllo di appropriatezza verrà svolto attraverso la verifica congiunta del fascicolo socio sanitario e dei relativi piani individuali di trattamento. Per le Strutture di riabilitazione il controllo di appropriatezza verrà svolto attraverso la verifica congiunta della cartella clinica e dei relativi progetti/programmi individuali riabilitativi.

Per i Consultori familiari si deve verificare la congruità fra le prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria riportate nella cartella e quelle registrate nel flusso 13 FAM e, dove richiesta, la multiprofessionalità nelle prestazioni rese, rilevabile dalla cartella. Il controllo va effettuato secondo le indicazioni regionali dei nuovi utenti che abbiano usufruito di prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria.

Per i Servizi Territoriali Dipendenze/ Servizi Multidisciplinari Integrati si deve verificare la congruità fra le prestazioni riportate nella cartella e quelle registrate nel flusso del Sistema Informativo Dipendenze. Il controllo va effettuato secondo le indicazioni regionali.

Per i Servizi Residenziali e Semiresidenziali delle Dipendenze si deve verificare la corrispondenza fra la tipologia del servizio in cui è inserito l'utente e la tipologia indicata nella certificazione rilasciata dai Servizi Territoriali Dipendenze/Servizi Multidisciplinari Integrati. Il controllo va effettuato su tutti gli utenti.

Inoltre si deve verificare che il numero massimo di presenze non superi il volume accreditato.

Si ribadisce, considerato l'obiettivo della collaborazione con i gestori, per garantire il miglioramento della qualità, la opportunità/obbligatorietà del preavviso ai gestori in occasione della prima azione di controllo. Per le verifiche successive la opportunità/utilità del preavviso o meno, potrebbe essere conseguente alle situazioni ed agli esiti riscontrati in occasione dei controlli precedenti.

Oltre ai controlli previsti per gli aspetti ordinari, sono da considerare i controlli inerenti gli obiettivi aggiuntivi, le attività, le prestazioni o la qualità aggiuntiva che fossero previsti negli allegati integrativi di budget o per l'erogazione delle Risorse Aggiuntive Regionali (R.A.R.) o per i premi qualità.

5.3 I controlli amministrativi

I controlli devono tenere conto anche dei **flussi informativi**: si dovranno analizzare i *flussi di pagamento delle prestazioni* utilizzando le specifiche forme di rendicontazione della spesa per le prestazioni socio-sanitarie integrate (cfr. modelli RSA1, CDI1, TOX1, RSD1, RIA1, CSS1, Hospice1 e 13FAM per i Consultori).

In particolare si dovrà verificare che:

- l'importo delle tariffe corrisponda alle classi/tipologia di ospiti o di prestazioni rendicontate;
- il numero totale delle giornate fatturate in un trimestre (nelle unità d'offerta residenziali e semi residenziali) non sia mai superiore al numero di posti accreditati moltiplicato per il numero delle giornate riferite allo stesso trimestre, fatti salvi i casi previsti espressamente dalla Regione;
- le fatturazioni inerenti le persone decedute corrispondano alle effettive prestazioni erogate fino alla data del decesso.

Per tutti i servizi (budgetizzati e non) il numero di giornate trimestralmente erogabili dai gestori non può eccedere il volume complessivo accreditato, anche nel caso in cui non sussistano limiti di budgetizzazione.

In tal senso, a titolo esemplificativo, si precisa che né le giornate di assistenza prestate nelle unità d'offerta accreditate ad utenti dimessi da OP, né le prestazioni rivolte ad utenza extraregionale, possono essere considerate come aggiuntive ai limiti definiti dai provvedimenti di accreditamento.

Si ricorda che le presenze giornaliere a carico del FSR non possono mai essere superiori ai posti accreditati.

5.4 L'organizzazione della attività di vigilanza e controllo

Le ASL organizzano l'esercizio dell'attività di vigilanza e controllo con metodologie operative funzionalmente orientate alla conoscenza della complessità del sistema delle unità d'offerta socio-sanitarie di competenza.

La complessità del sistema è determinata anche dal mutamento delle caratteristiche epidemiologiche dell'utenza a cui si devono accompagnare logici mutamenti dell'approccio alla gestione da parte del gestore, fatto salvo l'assenso della Regione.

I servizi vigilanza delle ASL che, hanno come primo obiettivo la tutela del cittadino, specie nelle condizioni di maggior fragilità, devono orientare il sistema di intervento verso l'appropriatezza delle realtà assistenziali.

Pertanto, pur nel rispetto dei modelli organizzativi aziendali, è opportuno affermare che la "funzione" di vigilanza deve essere gestita dalle Aziende Sanitarie Locali in modo "strategico", funzionale ed integrato tra i dipartimenti, i servizi, le unità operative e tutte le articolazioni aziendali interessate dalla stessa.

I sopralluoghi ispettivi si devono quindi orientare alla rilevazione di indicatori che rappresentino il grado di assistenza fornito, tenendo conto anche degli aspetti di appropriata collocazione dell'utenza, della idoneità e adeguata manutenzione degli ambienti, dell'utilizzo delle risorse umane nel costante rispetto delle disposizioni contrattuali, rispetto delle misure di sicurezza per gli ospiti e per i lavoratori addetti, utilizzo di modelli organizzativi che accolgano le esigenze, nonché le dovute garanzie di equità e pari dignità dei cittadini.

Come stabilito nella DGR 5743/2007 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2006" l'attività dei controlli deve essere programmata nell'ambito del piano annuale dell'ASL per la vigilanza ed il controllo.

Si sottolinea ancora che, in qualsiasi modello organizzativo indicato dalle ASL, devono emergere con chiarezza le professionalità coinvolte, atte a soddisfare tutte le esigenze dettate dallo svolgimento della funzione di vigilanza e controllo istituzionalmente dovuta.

Altresì, per le équipe che esercitano funzioni di vigilanza e controllo devono essere previste al minimo due persone, con professionalità e competenze coerenti con l'unità d'offerta vigilata ed in relazione agli obiettivi del controllo.

Si ribadisce la predisposizione di regolamenti/protocolli, procedure, strumenti di rilevazione omogenei per l'ambito aziendale, che definiscano e rendano evidente ai gestori, in base al principio di trasparenza, le modalità dello svolgimento dell'azione nel contesto socio sanitario, anche a sostegno del percorso di risk management intrapreso dalle ASL della Lombardia.

Appendice A

Limitazioni o divieti di trasferimento di proprietà o di diritti reali o in caso di modificazione della destinazione d'uso di immobili finanziati dallo Stato o dalla Regione Lombardia.

La DGR n.5508 del 10 ottobre 2007 è intervenuta a porre alcune limitazioni o divieti di trasferimento di proprietà o di diritti reali o in caso di modificazione della destinazione d'uso di immobili finanziati dallo Stato o dalla Regione Lombardia.

I contenuti della deliberazione sono qui ripresi e confermati, con le seguenti precisazioni e modificazioni:

- non rientrano nelle disposizioni in esame i diritti reali di garanzia;
- la restituzione integrale del finanziamento pubblico comporta l'esclusione della applicazione della DGR;
- la realizzazione di una nuova unità d'offerta in sostituzione di quella finanziata ed accreditata può comportare l'alienazione della proprietà di quest'ultima, previa autorizzazione dell'ente che ha erogato il finanziamento;
- la DGR non si applica nei casi in cui il soggetto beneficiario del contributo abbia dato in gestione l'unità d'offerta ad altro soggetto appositamente costituito, con salvaguardia delle finalità di assegnazione del contributo;

La deliberazione, al punto 1 del dispositivo, stabilisce che la richiesta di accreditamento deve essere avanzata dal legale rappresentante del soggetto che ha beneficiato del finanziamento pubblico, il quale è poi abilitato alla sottoscrizione del relativo contratto con l'ASL di ubicazione.

Stabilisce inoltre, sempre per le unità d'offerta di cui sopra, che il provvedimento di accreditamento è adottato solo dopo che la relativa istruttoria abbia accertato l'avvenuto finanziamento pubblico e siano stati approvati, dalla competente struttura regionale, il collaudo delle opere e la liquidazione del saldo del contributo concesso.

I punti 2, 3 e 4 del dispositivo della deliberazione attengono al divieto, di efficacia generale, di alienazione della proprietà e di diritti reali sui beni che hanno costituito oggetto di finanziamento pubblico e di modifica della destinazione d'uso degli stessi, stabilendo l'obbligo di integrazione dei contratti di accreditamento con l'introduzione di una specifica clausola. Per i contratti già sottoscritti alla data di emanazione della DGR si è posto l'obbligo di integrazione entro la data del 31 dicembre 2007.

Si ribadisce che il punto 4 del dispositivo, che contiene una disposizione avente efficacia sui contratti vigenti, è riferito alla sola disposizione circa l'integrazione dei contratti in ordine al divieto in parola. Le clausole inserite nei contratti di accreditamento, conseguenti alla DGR in esame, mantengono efficacia fino alla stipulazione dei nuovi contratti sulla base dello schema tipo allegato al presente atto.

Rispetto a queste disposizioni occorre aggiungere che, fatte salve le precisazioni sopra riportate:

- il divieto è assoluto e riguarda unità d'offerta già realizzate con fondi statali;
- per le unità d'offerta realizzate con fondi regionali viene meno il divieto al termine dell'obbligo della restituzione del contributo;
- il rifiuto di approvare la clausola in questione determina la risoluzione del contratto di accreditamento da parte dell'ASL;
- il divieto si riferisce anche all'ipotesi di modifica della destinazione d'uso, intendendosi la destinazione prevista nell'atto di finanziamento;
- rimangono in vigore per le unità d'offerta realizzate con fondi regionali le disposizioni che consentono eventuali deroghe relativamente al cambio di destinazione d'uso ai sensi dell'art. 4, comma 88 della L.R. n. 1 del 5 gennaio 2000. Oggi si applicano le disposizioni di cui ai commi 3° e 4° dell'art.25 della l.r. n.3/2008.

Altre situazioni particolari potranno essere prese in considerazione di volta in volta e, comunque, essere sottoposte all'esame della Giunta Regionale.

Eventi che comportano il trasferimento della gestione della unità d'offerta

E' senza dubbio l'ipotesi più rilevante e delicata. Questi casi possono essere determinati dalla cessione o dall'affitto dell'azienda o di ramo d'azienda oppure da altro atto.

L'azienda è il complesso dei beni, mobili e immobili, materiali e immateriali, organizzati dall'imprenditore per l'esercizio dell'impresa (art. 2555 cod. civ.; cfr. anche art. 2112 cod. civ.). Pertanto, si ha cessione d'azienda quando l'insieme dei beni ceduti costituisce un complesso idoneo all'esercizio di un'attività d'impresa. Il ramo d'azienda è una parte dell'intera azienda, costituita da un complesso di beni organizzati, a sua volta idoneo all'esercizio di un'attività d'impresa.

L'art.32 del decreto lgs. n.276/2003 ha riscritto parzialmente il comma 5° dell'art.2112 c.c. “ Ai fini e per gli effetti di cui al presente articolo si intende per trasferimento d'azienda qualsiasi operazione che, in seguito a cessione contrattuale o fusione, comporti il mutamento nella titolarità di un'attività economica organizzata, con o senza scopo di lucro, preesistente al trasferimento e che conserva nel trasferimento la propria identità, a prescindere dalla tipologia negoziale o dal provvedimento sulla base dei quali il trasferimento è attuato, ivi compreso l'usufrutto o l'affitto di azienda. Le disposizioni del presente articolo si applicano altresì al trasferimento di parte dell'azienda, intesa come articolazione funzionalmente autonoma di un'attività economica organizzata, identificata come tale dal cedente e dal cessionario al momento del suo trasferimento”. La Corte di Cassazione, con la sentenza 17 ottobre 2005, n.20012, ha escluso che il ramo d'azienda possa essere identificato come tale solo al momento della cessione. La norma quindi va interpretata nel senso di prevedere che le parti possano individuare la parte di azienda oggetto di cessione, dando per assodato che questa parte abbia già le caratteristiche del ramo d'azienda.

Nel settore dell'accreditamento, quindi, il ramo d'azienda va individuato nella unità d'offerta in quanto tale e come risultante dalla DIA e dall'atto di accreditamento.

Inoltre in questi casi può rientrare anche il trasferimento a terzi della unità d'offerta da parte di enti pubblici, mediante vari processi di “esternalizzazione” (l.r. 3/2003 – art.113 TUEL – contratto di appalto – collaborazioni con soggetti del terzo settore – sperimentazioni gestionali).

L'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici, nella relazione per l'anno 2006, ha avuto occasione di richiamare l'attenzione delle pubbliche amministrazioni sui trasferimenti di azienda, i quali, a volte, sono stipulati al solo scopo di eludere il rispetto dei requisiti soggettivi per accedere ad una gara o per l'esecuzione di un contratto.

Ora, stante il divieto generale di trasferire rapporti di autorizzazione/esercizio e di accreditamento in capo a terzi (salvo i casi espressamente previsti dalla legge), queste fattispecie possono avere efficacia ai fini dei rapporti con la pubblica amministrazione solo a condizione che intervenga il preventivo assenso della Regione, titolare e committente del servizio pubblico dato in concessione.

E' evidente che la Regione non ha titolo per ingerirsi nei rapporti tra privati. Questione diversa è il riconoscimento della voltura dell'accreditamento in capo al nuovo gestore. Le presenti direttive hanno pertanto come obiettivo, nel caso in esame, di assicurare continuità nella erogazione del servizio pubblico mediante un nuovo provvedimento di accreditamento e la stipulazione di un nuovo contratto con l'ASL.

Affidamento della gestione di unità d'offerta da parte di enti pubblici

Nel caso di enti pubblici è possibile che l'unità d'offerta sia affidata in gestione ad un ente strumentale, anche mediante il trasferimento della proprietà dei beni. In questo caso, il soggetto gestore è l'ente strumentale e, quindi, sarà questo a presentare la DIA e la domanda di accreditamento.

Nel contempo, il soggetto gestore è l'appaltatore del servizio affidato dall'ente pubblico.

Un'altra fattispecie è quella dell'affidamento diretto a soggetti del terzo settore coi quali l'ente pubblico avvia una collaborazione o forme di sperimentazione gestionale.

Sul punto si rinvia al decreto del DG Famiglia e Solidarietà Sociale del 15 giugno 2007, n.6507, avente ad oggetto "Direttive in materia di collaborazioni tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti del terzo settore" (BURL 25 giugno 2007 n.26), mentre, per quanto concerne gli enti locali si rinvia al DPCM 30 marzo 2001.

L'art.7 comma 9° della l.r. n.1/2003 attribuisce alle ASP la facoltà di costituire cooperative sociali ed altri enti senza scopo di lucro aventi finalità istituzionali analoghe, affini o strumentali agli scopi statutari propri dell'azienda.

L'art. 26 della l.r. n.3/2008 ha introdotto l'art. 7-bis della l.r. n.1/2003, ai cui commi 2, 3,4 e 5 si prevede la possibilità che la Giunta regionale costituisca nuove ASP per la gestione di unità d'offerta sociosanitarie di proprietà di aziende sanitarie o comunque da questa gestite.

Occorre, inoltre, tenere presente che, ai sensi dell'art.4 della l.r. n.3/2003, le ASL possono costituire fondazioni per l'esercizio di unità d'offerta sociosanitarie.

Con l'abrogazione dell'art. 113 bis del TUEL, i comuni possono ricorrere a svariate possibili formule gestionali. Quindi l'affidamento *in house*¹ (cioè senza la gara ad un soggetto diverso, ma

¹ *Sull'affidamento in house è intervenuta la Corte dei Conti – sezione del controllo Sardegna – con il parere n.9 del 2007.*

“ Si parla di affidamento “in house” nelle ipotesi in cui un Ente locale (o altra amministrazione pubblica) aggiudica senza gara ad una entità giuridicamente separata, ma rientrante nella sua sfera di influenza, il compito di eseguire una prestazione (di norma di servizi) a proprio favore (c.d. affidamenti “quasi in house” o affidamenti “in house in senso lato”). La normativa comunitaria non disciplina l'istituto, che, invece, ha trovato riconoscimento esplicito da parte del legislatore italiano nel testo, attualmente vigente (sebbene dichiarato in parte costituzionalmente illegittimo dalla Corte costituzionale con sentenza n. 272 del 27 luglio 2004), dell'art.113 del T.U.E.L. 267/2000 e in quello (non più in vigore a seguito dell'intervento della Corte costituzionale con la citata sentenza), dell'art. 113 bis dello stesso T.U.E.L., come modificati dal legislatore nazionale (con d.l. 269/2003, convertito in legge 326/2003) al fine di adeguare la disciplina interna alla giurisprudenza della Corte di giustizia della Comunità europea. Tra le pronunce emesse in materia dalla Corte di giustizia assumono fondamentale rilievo la sentenza Teckal, causa C-107/98, del 18 novembre 1999, la sentenza Stadt Halle, causa C-26/03, dell'11 gennaio 2005 e la sentenza Parking Brixen, causa C-458/03, del 13 ottobre 2005. E' importante sottolineare che la Corte di giustizia, chiamata a risolvere contrasti riguardanti prestazioni affidate senza ricorrere a procedimenti ad evidenza pubblica, ha rinunciato a colmare le lacune della legislazione comunitaria, limitandosi ad individuare i requisiti indispensabili affinché sia giustificabile la mancata applicazione dei principi in materia di evidenza pubblica. L'amministrazione pubblica può affidare direttamente l'incarico di fornire una prestazione o un servizio ad un soggetto giuridicamente distinto se il capitale del soggetto affidatario (di solito una società) è interamente pubblico, se esercita sul soggetto affidatario un “controllo analogo” a quello esercitato sui propri servizi e se il soggetto fornitore realizza la propria attività prevalentemente con l'Ente pubblico che lo controlla. Con la locuzione “controllo analogo” si fa riferimento ad “un rapporto che determina, da parte dell'Amministrazione controllante, un assoluto potere di direzione, coordinamento e supervisione dell'attività del soggetto partecipato e che riguarda l'insieme dei più importanti atti di gestione del medesimo. In virtù di tale rapporto il soggetto partecipato, non possedendo alcuna autonomia decisionale in relazione ai più importanti atti di gestione, si configura come un'entità distinta solo formalmente dall'Amministrazione, ma che in concreto continua a costituire parte della stessa...solo a tali condizioni si può ritenere che fra amministrazione e aggiudicatario non sussista, agli effetti pratici, un rapporto di terzietà rilevante ai fini dell'applicazione delle regole comunitarie in materia di appalti pubblici.” (Commissione europea, nota 26 giugno 2002, indirizzata al Governo italiano).”

“La caducazione della norma di rango statale, che dettava, con elencazione ritenuta tassativa, le modalità di gestione dei servizi pubblici locali privi di rilevanza economica e prevedeva l'obbligo di disciplinare i rapporti tra Ente locale e soggetto erogatore dei servizi tramite contratto di servizio, ha determinato, al di là dell'ampliamento della potestà normativa regionale e locale, il venir meno di un principio di tipicità delle formule organizzative gestionali, e la possibilità, per gli Enti locali, di ricorrere, anche in analogia con soluzioni già introdotte nell'ordinamento dalla normativa relativa a settori specifici (cfr. art. 112 e 115 del Codice dei beni culturali e del paesaggio, come modificati

rientrante nella sua sfera di influenza) di un servizio pubblico alla persona può avvenire anche tramite una fondazione.

La fondazione è “un’organizzazione per la gestione di un patrimonio autonomo destinato e vincolato, in modo tendenzialmente perpetuo, al perseguimento di uno scopo socialmente rilevante prestabilito dal fondatore”.

Il patrimonio è l’essenza della fondazione, tant’è che il controllo governativo (oggi dell’ASL) sulle persone giuridiche di diritto privato è tutto incentrato sulla capacità della fondazione di raggiungere il proprio scopo mediante il proprio patrimonio.

dal d.lgs. 256 del 2006), a svariate possibili formule gestionali. In particolare l’affidamento diretto ad associazioni o fondazioni costituite o partecipate dall’Ente locale, che l’art. 113 bis prevedeva con esclusivo riferimento ai servizi culturali e del tempo libero (a differenza di quello ad istituzioni, aziende speciali e società a capitale interamente pubblico, previsto in generale per tutti servizi pubblici locali privi di rilevanza economica), dovrebbe poter trovare applicazione con riferimento a qualsiasi tipologia di servizio privo di rilevanza economica.”

“ Occorre considerare, inoltre, che gli indirizzi dettati, ai sensi dell’art. 5, comma 2, della legge n. 328 del 2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, dal D.P.C.M. 30 marzo 2001, includono tra i soggetti del c.d. “Terzo Settore”, ai quali i Comuni possono affidare l’organizzazione complessiva di servizi sociali, le fondazioni, anche se prevedono che si privilegino procedure di aggiudicazione ristrette e negoziate.

Con riferimento all’autonomia patrimoniale della fondazione può solo dirsi che, in assenza di una disciplina speciale (quale, ad esempio, quella delle fondazioni bancarie o delle fondazioni universitarie), la fondazione è regolata in tutti i suoi aspetti dal diritto privato, anche quando, come nel caso in esame, la “partecipazione” dell’ente locale è totalitaria, gli organi di amministrazione sono formati da soggetti designati dall’ente pubblico e la fondazione assume, pertanto, ai sensi della normativa comunitaria, lo status di organismo di diritto pubblico”.

Elenco provvedimenti relativi all'individuazione dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle unità di offerta socio sanitarie.

Consultori familiari

Deliberazioni della Giunta Regionale

- 11 dicembre 2000 n. 2594 "Determinazioni in materia di autorizzazione al funzionamento del servizio per le attività consultoriali in ambito materno infantile"
- 26 gennaio 2001 n. 3264 "Determinazioni in materia di accreditamento del servizio per le attività consultoriali in ambito materno infantile a seguito della l.r. 12.8.1999 n. 15, della l.r. 6.12.1999 n. 23, della l.r. 5.1.2000 n.1 e conseguente revoca della DGR 24.9.1999 n. 45251 "Determinazioni in merito all'art.8, comma 4 e 7 del D.l.vo 30.12.1992 n. 502 e successive modifiche relative agli istituti dell'autorizzazione e dell'accredimento dei consultori familiari pubblici e privati", e a seguito delle disposizioni normative in materia".

Circolari e note

- n.27 del 2.5.2001 (autorizzazione e accreditamento)
- n.46 del 30.7.2001 (flusso informativo)

Residenze sanitario assistenziali per anziani R.S.A:

Deliberazioni della Giunta Regionale

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

Circolari

- n. 12 del 12.02.2002 relativa a DGR n. 7435/2001
- n. 33 del 10.7.2002 relativa a DGR n. 7435/2001 e DGR n. 8494/2002
- n. 2 del 27/01/2003 (scheda struttura)
- n. 7 del 4/03/2003 (utilizzo palestre)
- n. 31 del 22/10/2003 (standard personale)
- n. 12 del 3/03/2004 (scheda struttura)
- n. 24 del 15/07/2003 (standard personale)
- n. 26 del 16/06/2005 (scheda struttura)
- n. 29 del 7/7/2005 (standard personale)
- n. 2 del 12/01/2006 (camere mortuarie)
- n. 12 del 11/04/2007 (malati di AIDS)
- n. 36 del 15/11/2007 (malati di AIDS)

Centri diurni integrati per anziani C.D.I.

Deliberazioni della Giunta Regionale

- 22 marzo 2002 n. 8494, "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accredimento dei Centri diurni integrati (C.D.I.)"
- 09 maggio 2003 n. 12903: "Indirizzi e criteri per la remunerazione regionale dei Centri Diurni Integrati accreditati in attuazione della DGR 22 marzo 2002, n. 8494".

Circolari e note

- n. 33 del 10.7.2002 relativa a DGR n. 7435/2001 e DGR n. 8494/2002
- n. 35 del 21.11.03 “Finanziamento Centri Diurni Integrati per anziani anno 2003” con chiarimenti sul tempo di accoglienza garantito dal servizio da indicare nel contratto.
- n. 7 del 4/03/2003 (utilizzo palestre)
- nota del Direttore generale Famiglia e solidarietà sociale alle ASL del 19/03/2004 (prot. G1.2004.4932) “Debito informativo: aggiornamento dei prospetti di rendicontazione della spesa per le prestazioni socio-sanitarie integrate”, con indicazioni circa il conteggio come giornate di presenza *limitatamente alle assenze per ricoveri ospedalieri*.

Hospice

Deliberazioni della Giunta Regionale

- 7 aprile 2003, n. 12619: “Attuazione dell’art. 12, commi 3 e 4 della l.r. 11 luglio 1997, n. 31. Requisiti per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento delle Strutture Residenziali per pazienti terminali, altrimenti dette Hospice”,

Circolari e note

- n. 19 del 10/06/2003 relativa a DGR n. 12619/2003
- nota 9231 del 13/02/2004 (malati di AIDS)
- n. 26 del 14/07/2004 (scheda struttura)
- nota 8041 dell’8/06/2005 (standard personale)
- n. 1 del 10/01/2006 (scheda struttura)

Servizi che operano nel settore delle dipendenze

Deliberazioni della Giunta Regionale

- 7 aprile 2003 n. 12621 “Determinazione dei requisiti standard per l’autorizzazione al funzionamento e l’accreditamento dei servizi privati e pubblici per l’assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art. 12 comma 3 e 4 l.r. 31/1997) e indirizzi programmatici e direttive sull’organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze” dicembre “Determinazioni in materia di autorizzazione al funzionamento del servizio per le attività consultoriali in ambito materno infantile”
- 11 febbraio 2005 n. 20586 (flussi informativi)
- 10 ottobre 2007 n. 5509 (riorganizzazione sistema dipendenze)

Circolari e note

- n. 23 del 1.7.2003 (autorizzazione e accreditamento)
- n. 29 del 11.8.2003 (standard di personale)
- n. 50 del 9.11.2005 (accreditamento accoglienza notturna)
- nota prot. n. 20510 del 24.12.07 “dgr 5509/2007 – prime indicazioni”
- n. 18 dell’ 8.04.05 (flussi informativi)

Residenze sanitario assistenziali per disabili R.S.D.

Deliberazioni della Giunta Regionale

- 7 aprile 2003 n. 12620 “definizione della nuova unità di offerta ‘Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità’ (RSD). Attuazione dell’art. 12, comma 2 della l.r. 11 luglio 1997, n. 31”.

Centri diurni per disabili C.D.D.

Deliberazioni della Giunta Regionale

- 23 luglio 2004 n. 18334 “Definizione delle nuove unità di offerta Centro diurno per persone con disabilità (C.D.D.): requisiti per l’autorizzazione al funzionamento e l’accreditamento”

- 16 dicembre 2004 n. 19874: “Prima definizione del sistema tariffario delle C.S.S. e dei C.D.D. in attuazione delle dDGR nn. 18333 e 18334 del 23 luglio 2004”

Comunità socio sanitarie C.S.S.

Deliberazioni della Giunta Regionale

- 23 luglio 2004 n. 18333 “Definizione della nuova unità di offerta Comunità Alloggio socio sanitaria per persone con disabilità (CSS): requisiti per l’accreditamento”

R.S.D. – C.D.D. e C.S.S.

Circolari e note

- circolare n. 28 del 7 agosto 2003 “Disposizioni in materia di autorizzazione e di accreditamento delle Residenze sanitario assistenziali per disabili in applicazione della DGR n. 12620 del 7 aprile 2003
- nota tecnica prot. 21423 del 9 dicembre 2003 “Ulteriori disposizioni in attuazione della DGR n. 12620 del 7 aprile 2003”
- nota prot. 11519 del 23 giugno 2004 “chiarimenti sulla concorrenza dell’O.S.S. al raggiungimento dello standard di assistenza”
- nota prot. 17755 del 20 ottobre 2004 “standard di assistenza prescritti per le R.S.D.” (infermiere)
- nota prot. n. 19004 del 15 novembre 2004 “Utenti ex O.P. di Residenze sanitario assistenziali per disabili accreditate”
- nota prot. n. 1398 del 25 gennaio 2008 “Strutture socio sanitarie per disabili. Adeguamenti strutturali”.
- nota prot. n. 9465 del 5 luglio 2005 “Precisazioni sull’accreditamento delle Comunità Socio Sanitarie per persone Disabili e sull’attuazione del Patto tra ASL e CSS, nonché sui Centri diurni per disabili (CDD) e le Residenze sanitario assistenziali per disabili (RSD)
- nota prot. n. 3934 del 12/3/2008 “accoglienza minori in C.D.D.”
- circolare n. 33 del 3 agosto 2004 “Disposizioni in materia di accreditamento delle Comunità socio sanitarie in applicazione della DGR n. 18333 del 23 luglio 2004”
- nota prot. n. 18983 del 15 novembre 2004 “Risposta ai quesiti su CDD e CSS”.
- nota prot. n. 4324 del 30 marzo 2005 “Indicazioni attuative sull’accreditamento delle Comunità Socio Sanitarie per persone con disabilità”
- nota prot. n. 9465 del 5 luglio 2005 “Precisazioni sull’accreditamento delle Comunità Socio Sanitarie per persone Disabili e sull’attuazione del Patto tra ASL e CSS, nonché sui Centri diurni per disabili (CDD) e le Residenze sanitario assistenziali per disabili (RSD)”
- nota prot. n. 1398 del 25 gennaio 2008 “Strutture socio sanitarie per disabili. Adeguamenti strutturali”
- nota prot. n. 3930 del 12/3/2008 “Accoglienza di minori in CSS”.

Voucher socio-sanitario

Deliberazioni della Giunta Regionale

- DGR n. 12902 del 09/05/2003 “Modello Lombardo del Welfare: attivazione del voucher socio- sanitario per l’acquisto di prestazioni domiciliari socio-sanitarie integrate”

Circolari e note

- n. 26 del 06.11.06 “Criteri e modalità di rilevazione omogenea della *Customer satisfaction* degli utenti del voucher socio-sanitario”
- n. 40 del 19.12.07 “Criteri e modalità di utilizzo omogeneo del tracciato-record regionale per la *customer satisfaction* degli utenti del voucher socio-sanitario”
- n. 36 del 15/11/2007 (malati di AIDS)

Strutture di riabilitazione extraospedaliera

Deliberazioni della Giunta regionale

- 16 dicembre 2004 n. 19883 “Riordino della rete delle attività di riabilitazione”
- 14 dicembre 2005 n. 1375 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio sanitario Regionale per l’esercizio 2006”.
- 12 luglio 2006 n. 2938: Schema tipo di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l’Azienda Sanitaria Locale e gli Enti Gestori di strutture di riabilitazione
- 1 agosto 2006 n. 3111: “Modifiche dell’erogabilità a carico del Servizio Sanitario Nazionale di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale ai sensi del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA e ulteriori determinazioni relative all’appropriata erogazione delle prestazioni di Day hospital ed alle attività di controllo.”
- 13 dicembre 2006 n. 3776 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2007”
- 28 marzo 2007 n. 4438 “Ulteriori determinazioni in ordine alle attività di riabilitazione.”
- 26 giugno 2007 n. 5000 “Determinazioni relative alla assistenza di persone disabili presenti in strutture di riabilitazione.”
- 31 ottobre 2007 n. 5743 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2008”.

Circolari e note

- nota prot. n.16522 del 10/11/2005 “Chiarimenti rispetto alla procedura di presentazione delle istanze di autorizzazione e di accreditamento da parte degli IDR ex art. 26, l. 833/78 per riordinare le proprie attività ai sensi della DGR n. 19883/2004.”
- nota del 26 ottobre 2006 “Indicazioni per la riforma dei servizi di riabilitazione extraospedaliera”
- nota del 30 marzo 2007: “Indicazioni in ordine alle attività di riabilitazione extraospedaliera.”
- nota prot. 13074 del 25 luglio 2007: Indicazioni in ordine applicazione della DGR 26 giugno 2007, n. 5000 “Determinazioni relative alla assistenza di persone disabili presenti in strutture di riabilitazione”;
- nota prot. n. 16590 del 4 ottobre 2007. “Chiarimenti in ordine a quesiti previsti sull’applicazione della DGR 26 giugno 2007, n. 5000 “Determinazioni relative alla assistenza di persone disabili presenti in strutture riabilitative”.

Provvedimenti aventi carattere generale in materia di autorizzazione, accreditamento

Deliberazioni della Giunta Regionale

- 6 febbraio 2004 n. 16264 “Riconduzione alle tipologie di residenzialità socio-sanitaria RSA e RSD delle strutture gestite dalle Aziende Sanitarie Locali per pazienti dimessi dagli ex Ospedali Psichiatrici e classificati in fascia B”.
- 16 dicembre 2004, n. 19878: “Individuazione di percorsi di semplificazione in ordine ai processi di autorizzazione per le unità d’offerta socio-sanitarie;
- 7 febbraio 2005, n. 20465: “Ulteriori determinazioni procedurali in ordine ai percorsi di semplificazione per le unità d’offerta socio sanitarie.”;
- 1 agosto 2006, n. 3059: “Disposizioni in merito alle remunerazioni a carico del Fondo Sanitario Regionale nelle residenze sanitario assistenziali accreditate.”;

- 4 ottobre 2006, n. 3257: “Identificazione, a domanda, in capo ad un unico soggetto gestore di una pluralità di strutture socio-sanitarie accreditate.”;
- 10 ottobre 2007, n. 5508: “Procedura per l’accreditamento e la successiva contrattazione di servizi socio-sanitari realizzati con finanziamenti pubblici statali o regionali.”;
- 19 dicembre 2007 n. 6220 “Determinazioni in ordine alla assistenza di persone in stato vegetativo nelle strutture di competenza della direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale. Finanziamento a carico del Fondo Sanitario Regionale”.
- 6 agosto 2008, n. 7915 “Determinazioni in ordine al miglioramento quali – quantitativo dell’assistenza garantita a persone affette da S.L.A. e a persone che si trovano nella fase terminale della vita, con particolare attenzione alla terapia del dolore ed alle cure palliative a favore di pazienti oncologici”.
- 6 agosto 2008 n. 7929 “Determinazioni in merito ai controllo di appropriatezza nei servizi socio sanitaria accreditati”.

Circolari e note

- n. 22 del 21/06/2004 “Vigilanza e controllo delle ASL sui servizi socio-sanitari integrati accreditati” e nota alle ASL del 24/03/2005 pari oggetto (prot. G1.2005.4131)
- n. 10 del 16/02/2005 “Chiarimenti sulle leggi regionali 1 febbraio 2005 n. 1 e 8 febbraio 2005 n. 6 (trasferimento autorizzazioni)
- n. 14 del 18/04/2007 “Prime indicazioni operative inerenti l’articolo 4 della legge regionale n. 8 del 27/03/2007 Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie – Collegato” (abolizione autorizzazione)
- n. 21 del 5/07/2007 Chiarimenti in ordine alla DGR n. 3257 del 4/10/2006 “Identificazione, a domanda, in capo ad un unico soggetto gestore di una pluralità di strutture socio-sanitarie accreditate” (ente unico)
- n. 38 del 5/12/2007 “Attuazione DGR n. 5508 del 10/10/2007 Procedura per l’accreditamento e la successiva contrattazione, di servizi socio sanitari realizzati con finanziamenti pubblici statali o regionali”;
- 2 del 28/01/2008 “Indicazioni in ordine all’applicazione della DGR 19/12/2007 n. 6220 Determinazioni in ordine all’assistenza di persone in stato vegetativo nelle strutture di competenza della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale”;

Provvedimenti relativi alle Associazioni e alle Fondazioni:

- regolamento regionale 2/2001 circa iscrizione delle persone giuridiche di diritto privato al registro
- Circolare D.G. Famiglia n. 10 del 16/02/05
- ddgr nn. 1648 e 1692 del 29/12/05 relative al trasferimento delle funzioni di vigilanza
- Decreto D.G. Famiglia n. 514 del 20/01/06 attuativo delle due precedenti ddGR
- Nota prot. n. A1.2006.73212 del 20 giugno 2006 prime indicazioni operative per le Funzioni amministrative di vigilanza e controllo ex artt. 23 e 25 del c.c. sulle persone giuridiche di diritto privato -art. 4, comma 33, l.r. 1/2000 e successive modificazioni –

Tutti i precedenti atti sono confermati, nella parti compatibili e coerenti con le disposizioni del presente provvedimento.

Appendice C

Il responsabile del procedimento: identificazione, compiti, responsabilità, rapporti gerarchici.

Al responsabile del procedimento è affidata la gestione complessiva del procedimento amministrativo - o di una singola fase di esso o di un sub-procedimento - che deve portare celermente a conclusione anche sollecitando gli adempimenti necessari richiesti ad altri organi od uffici della stessa amministrazione cui appartiene.

Il dirigente del dipartimento/servizio/unità organizzativa/unità operativa, qualora non ritenga di trattare personalmente la pratica, provvede ad assegnare ad altro dipendente della sua area organizzativa, la responsabilità dell'istruttoria e di ogni altro adempimento inerente il singolo procedimento, nonché la responsabilità di promuovere, da parte del soggetto competente, l'adozione del provvedimento finale.

L'assegnazione risulta da apposito atto scritto o da annotazione apposta sulla pratica stessa o, ancora, da apposita registrazione telematica.

L'affidamento di ogni singolo procedimento avviene previa valutazione delle competenze e delle esperienze maturate da ciascun operatore in rapporto alla complessità della pratica, nel rispetto dell'organizzazione del lavoro e dei carichi di lavoro di ciascuno.

Resta fermo che in capo al dirigente rimane il dovere - potere di vigilare sull'operato del responsabile del procedimento, soprattutto con riguardo al rispetto dei tempi stabiliti a pena di decadenza per i vari adempimenti e del termine di conclusione del procedimento.

Fino a quando non sia effettuata l'assegnazione, o in assenza di essa, è considerato responsabile del singolo procedimento il dirigente stesso, cui istituzionalmente compete la trattazione della pratica.

Il dirigente del dipartimento/servizio/unità organizzativa/unità operativa, anche in un momento successivo all'assegnazione ad altri, può sempre per ragioni di coordinamento o di buon andamento dell'azione amministrativa avocare a sé la responsabilità del procedimento.

In ipotesi di procedimento che si articola in fasi o in sub-procedimenti, il dirigente del dipartimento/servizio/unità organizzativa/unità operativa, qualora ritenga necessario individuare più funzionari responsabili delle diverse fasi o sub-procedimenti, è tenuto a specificare gli atti, le fasi istruttorie e gli adempimenti assegnati ai singoli funzionari, nel rispetto delle mansioni relative alla qualifica ricoperta. In tale ipotesi la responsabilità del procedimento verso l'esterno resta, comunque, unica ed è propria del funzionario individuato quale responsabile dell'intero procedimento.

Il responsabile del procedimento svolge, in particolare, i seguenti compiti:

- a) presa in carico del procedimento amministrativo;
- b) avvio dell'attività istruttoria, attraverso la valutazione delle condizioni di ammissibilità, dei requisiti di legittimazione e dei presupposti rilevanti per l'emanazione del provvedimento finale, coniugando un rigoroso controllo di legittimità ad una valutazione di merito sulla pratica;
- c) indizione, ove opportuno, di conferenze di servizi ed acquisizione di atti, documenti, informazioni ritenuti necessari per l'istruttoria;
- d) formulazione della proposta di provvedimento finale o, ove ne abbia competenza, adozione del provvedimento finale;
- e) cura delle formalità di comunicazione (avvio del procedimento, comunicazione di motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza), pubblicazione e notificazione previste dalle leggi e dai regolamenti;

- f) esecuzione, una volta adottato il provvedimento, degli atti inerenti alla fase integrativa di efficacia (pubblicazione, ecc.) - direttamente e/o attraverso l'Ufficio apposito - e compimento di tutti gli atti necessari per la successiva fase dell'esecuzione fino alla completa conclusione e archiviazione finale;
- g) comunicazioni agli interessati;
- h) trasmissione del fascicolo a chi di competenza una volta completata l'istruttoria, qualora non sia competente all'adozione del provvedimento finale.

Per conseguire maggiore efficienza nella propria attività, il responsabile del procedimento utilizza nei rapporti interni, con le altre amministrazioni ed i privati, ogni volta che ciò sia possibile e senza pregiudizio della certezza delle comunicazioni, gli strumenti telematici che l'azienda mette a disposizione.

Resta fermo l'obbligo in capo al responsabile del procedimento di riferire al dirigente del dipartimento/servizio/unità organizzativa/unità operativa in ordine all'andamento dell'iter procedimentale, soprattutto con riguardo ai motivi ostativi al rilascio del provvedimento ovvero all'esercizio dell'attività.

La responsabilità è strettamente connessa ai compiti assegnati al responsabile del procedimento, in primo luogo al rispetto dei tempi previsti per la conclusione dello stesso.

Il responsabile del procedimento, nell'ambito dell'attività amministrativa, risponde al proprio superiore gerarchico cui riferisce periodicamente in ordine all'andamento delle pratiche assegnategli ed ogni volta che circostanze o fatti rilevanti ritengano opportuno un confronto.

Il mancato rispetto dei tempi di conclusione del procedimento amministrativo, qualora imputabile a comportamento negligente del responsabile, è passibile di procedimento disciplinare con applicazione delle sanzioni contrattualmente stabilite, oltre che fonte di responsabilità dirigenziale.

Sul punto, si richiama il contenuto della Direttiva dello Stato - Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministero per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazioni del 6 dicembre 2007, n. 8, avente ad oggetto: "Principi di valutazione dei comportamenti nelle pubbliche amministrazioni - responsabilità disciplinare".

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

Tra

L'azienda sanitaria locale (ASL).....con sede legale a.....
in via.....n.....codice fiscale.....,
nella persona del direttore generale, legale rappresentante pro-tempore,
....., domiciliato per la carica presso la sede dell'ASL, con
l'assistenza del direttore sociale;

e l'ente gestore

....., con sede legale a.....in
via....., codice fiscale....., nella persona del
Sig....., in qualità di legale rappresentante pro-tempore/
amministratore, per l'unità d'offerta sociosanitaria
denominata....., con sede ain
via....., codice di struttura n.....;

premesso che:

- l'ASL....., di seguito denominata ASL, intende avvalersi di (ente gestore)....., di seguito denominato ente gestore, che gestisce l'unità d'offerta sociosanitaria denominata.....ubicata nel comune di.....in via....., per l'erogazione di prestazioni/servizi.....a beneficio delle persone.....;
- l'ente gestore ha presentato la DIA per l'esercizio della unità d'offerta con atto in data..... (oppure è in possesso di autorizzazione), nel rispetto delle disposizioni regionali e della vigente normativa, relativamente a.....;
- con deliberazione della Giunta regionale in data.....n....., l'ente gestore è stato accreditato per l'esercizio della unità d'offerta denominata....., per....., e che pertanto la medesima unità d'offerta risulta iscritta nel registro regionale istituito presso la direzione generale Famiglia e Solidarietà Sociale della regione Lombardia;
- l'ente gestore, pertanto, intende mettere a disposizione dell'ASL n. posti /prestazioni.....(inserire se è il caso anche la riserva di posti di sollievo) autorizzati/accreditati;
- l'ente gestore ha comunicato che le rette giornaliere (chiarire se trattasi di retta unica e/o rette massima, media, minima) praticate agli ospiti della unità d'offerta, alla data di stipulazione del presente atto, sono le seguenti.....e si impegna a comunicare alla ASL annualmente le variazioni;

tutto ciò premesso, si stipula quanto segue

ART.1

Premesse

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

ART.2

Oggetto

- 1. Il presente contratto definisce i rapporti giuridici ed economici derivanti dalla erogazione di prestazioni sociosanitarie da parte dell'ente gestore, in relazione all'esercizio dell'unità d'offerta denominata....., con oneri a carico dell'ASL, nei limiti stabiliti dalla Regione Lombardia e fatta salva la partecipazione ai costi da parte dell'utente, ai sensi della vigente normativa.**
- 2. L'ASL si avvale pertanto dell'ente gestore per l'assistenza.....a favore di utenti.....**
- 3. L'ente gestore garantisce le prestazioni di assistenza....., mediante l'unità d'offerta denominata..... e utilizzando le strutture, le attrezzature, i servizi, il personale secondo i criteri e gli standard definiti dalla regione Lombardia.**

ART. 3

Mantenimento dei requisiti e vigilanza

- 1. L'ente gestore si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni certificando il numero, la professionalità ed il rapporto di lavoro del personale impiegato nella unità d'offerta.**
- 2. L'ente gestore si impegna a comunicare tempestivamente all'ASL ogni eventuale variazione che dovesse intervenire, così rilevante da incidere sul possesso dei requisiti o sull'organizzazione, e autocertifica, annualmente entro il 31 gennaio, il mantenimento degli standard di personale, nonché il mantenimento di tutti gli altri requisiti di esercizio e di accreditamento della unità d'offerta.**
- 3. L'ASL, nell'esercizio delle funzioni di vigilanza, può accedere a tutti i locali della unità d'offerta ed assumere informazioni dirette dal personale, dagli ospiti e dai loro familiari; può accedere alla documentazione relativa al rapporto di accreditamento o, comunque, rilevante ai fini dell'esercizio dell'unità d'offerta, al fine di verificare quanto dichiarato dall'ente gestore. Al termine del sopralluogo, l'ASL redige il verbale in contraddittorio con il gestore o persona incaricata dall'ente gestore, nel quale sono indicati i motivi del sopralluogo, i requisiti valutati, la documentazione acquisita dall'ASL. Tale verbale è congiuntamente sottoscritto dall'ASL e dal gestore o persona da esso incaricata. Nel caso in cui le azioni svolte ed i dati rilevati non consentano l'immediata assunzione di decisioni in merito ad eventuali prescrizioni o provvedimenti, per tali aspetti, entro il termine massimo di 15 giorni, l'ASL predispone una comunicazione integrativa. In ogni caso è prevista la possibilità di controdeduzioni da parte del Legale Rappresentante. entro 15 gg dalla data del sopralluogo.**
- 4. Le parti danno atto che l'esito dell'accertamento determina l'adozione dei provvedimenti previsti dalla linee guida regionali in materia di vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie, con gli eventuali conseguenti effetti nei confronti del presente contratto.**

ART.4

Obblighi di carattere generale

1. L'ente gestore si impegna a:

- a) rispettare tutti gli adempimenti previsti come requisiti per l'esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta socio sanitarie indicati e richiamati nella DGR n. del
- b) concorrere al rispetto ed alla attuazione dei principi, delle indicazioni e degli adempimenti previsti nella l.r. 3/2008 a carico degli enti gestori;

In particolare, l'ente gestore si impegna a:

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

- erogate; promuovere sistemi di controllo di gestione ed altri eventuali metodi di valutazione dei risultati, dandone informazione all'ASL;
- n) partecipare ad iniziative promosse dall'ASL o previste nei piani di zona, rivolte ad attuare l'integrazione tra la programmazione della rete di offerta sociale e la rete di offerta sociosanitaria e tese al miglioramento della qualità del servizio;
 - o) dotarsi di un codice etico, dandone atto nella carta dei servizi, la cui violazione contestata per iscritto ed in assenza di giustificazioni ritenute valide, ad insindacabile e motivato giudizio dell'ASL, costituirà causa di risoluzione di diritto del presente contratto;
 - p) a garanzia di sinistri che possono derivare agli utenti o a terzi durante l'espletamento del servizio, si impegna a stipulare idoneo contratto assicurativo di responsabilità civile esonerando l'ASL da ogni responsabilità a riguardo;
 - q) redigere e rilasciare, nei casi di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, la certificazione delle rette ai fini fiscali;
 - r) non richiedere alcun corrispettivo per lo svolgimento di tutte le pratiche e procedure preliminari all'ingresso dell'utente.

ART. 5

Sistema tariffario e pagamenti

1. L'ASL è tenuta ad erogare all'ente gestore delle unità d'offerta, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste dalla regione Lombardia, salvo diversa indicazione per le unità d'offerta soggette a contratto di budget.
2. L'ASL anticipa mensilmente acconti, pari all'85% di un dodicesimo del fatturato dell'anno precedente oppure, in caso di unità d'offerta nuova, del fatturato teorico comunque coerente con il piano di inserimento degli ospiti, e garantisce inoltre l'erogazione del saldo trimestrale spettante, entro i successivi 90 giorni dall'avvenuto ricevimento della fattura.
3. L'avvenuto pagamento del saldo non pregiudica il recupero di somme che, sulla base dei controlli effettuati nei confronti della unità d'offerta, risultassero non dovute o dovute solo in parte.
4. L'ente gestore si impegna ad emettere mensilmente fatture, o altra documentazione contabile idonea, al fine del pagamento degli acconti, e ad emettere, entro il mese successivo alla scadenza di ogni trimestre, le fatture relative ai saldi trimestrali, recanti le classificazioni dei singoli ospiti desunte dal sistema informativo in vigore, secondo la modulistica regionale.
5. Ferma restando la possibilità di decurtare, recuperare o ridurre le somme previste a titolo di tariffa, sulla base di provvedimenti assunti dall'ASL al termine di accertamenti condotti sulla unità d'offerta, è fatta salva la facoltà della stessa ASL di sospendere l'erogazione parziale o totale dei pagamenti, in tutti i casi in cui siano in corso controlli per l'accertamento di gravi violazioni della normativa vigente, dei requisiti per l'esercizio e per l'accreditamento, delle clausole per presente contratto.
6. Per i servizi residenziali, le giornate di accettazione e di dimissione sono considerate come un'unica giornata, quindi dovrà essere pagata solo la giornata di accettazione. Analogamente, per i periodi di assenza, sono considerate come unica giornata quella di uscita e quella di rientro, quindi dovrà essere pagata solo quella di rientro, e sono calcolati come assenze i giorni tra queste due date.
7. Con riferimento alle unità di offerta sottoposte a budget, si dovrà sottoscrivere un allegato, parte integrante del presente contratto, in ottemperanza alle disposizioni regionali.

8. L'eventuale remunerazione aggiuntiva di qualità, sarà erogata in attemperanza alle disposizioni regionali.

ART. 6

Modalità di registrazione e codifica delle prestazioni

1. L'ente gestore si impegna a compilare, conservare e trasmettere la documentazione sociosanitaria relativa alla unità d'offerta, nel rispetto delle indicazioni regionali e della normativa in materia di tutela della privacy.
2. L'ASL, nell'ambito dell'attività di vigilanza, compie i controlli sulla appropriatezza delle prestazioni e l'aderenza delle caratteristiche degli assistiti a quanto riportato nella documentazione relativa ai fascicoli sociale e sanitario.
3. I controlli previsti dal presente articolo sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con la persona incaricata dall'ente gestore, con l'eventuale assistenza dei membri dell'equipe sociosanitaria responsabile della tenuta della documentazione.
4. L'ente gestore si impegna ad adempiere al debito informativo nei confronti dell'ASL e della Regione Lombardia, che costituisce condizione per l'accesso alle risorse regionali, nei termini e secondo le modalità stabiliti dalla Regione e dall'ASL.

ART. 7

Sistema aziendale per il miglioramento della qualità

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

art. 8

Eventi modificativi e cause di risoluzione del contratto

1. L'ente gestore si impegna al rispetto delle linee guida regionali in materia di esercizio, accreditamento e vigilanza sociosanitaria, dando atto di conoscerne il contenuto, ed in particolare che:
 - a) l'accREDITAMENTO, alla pari dell'autorizzazione (o della D.I.A), non è cedibile a terzi, in mancanza di un atto regionale che ne autorizzi la volturazione;
 - b) i requisiti dell'autorizzazione (o della DIA) e dell'accREDITAMENTO sono condizione indispensabile perché il presente contratto produca effetti tra le parti;
 - c) la perdita di un requisito soggettivo od oggettivo - strutturale, gestionale, tecnologico ed organizzativo - previamente accertato dall'ASL, determina la revoca del provvedimento di accREDITAMENTO, che è disposta con delibera della Giunta Regionale e la risoluzione di diritto del contratto. Nel corso del procedimento per la revoca dell'accREDITAMENTO, il contratto è sospeso. Con riguardo a specifiche fattispecie, l'ASL, ove rinvenga la possibilità di un ripristino delle condizioni che danno origine al rapporto di accREDITAMENTO, può prescrivere un termine per la regolarizzazione della situazione, disponendo

- comunque la sospensione o la decurtazione dei pagamenti delle prestazioni rese nel periodo in questione;
- d) con la sola eccezione della modificazione della persona del legale rappresentante o dell'amministratore dell'ente gestore e della trasformazione di una società (es. da società di capitali a società di persona o viceversa), ogni evento che dovesse comportare lo scioglimento, la fusione o il cambio dell'ente gestore comporta la necessità di stipulare un nuovo contratto di accreditamento e quindi la decadenza del presente contratto;
 - e) l'affidamento a terzi della gestione dell'unità d'offerta determina l'obbligo della volturazione della DIA e dell'accreditamento ed un nuovo contratto di accreditamento e, quindi, comporta la decadenza del presente contratto;
 - f) la cessione del contratto a terzi senza il consenso dell'ASL non produce effetti nei confronti di questa e determina la revoca dell'accreditamento e la risoluzione di diritto del presente contratto;
 - g) la cessione di crediti derivanti dal presente contratto è soggetta alla disciplina vigente in materia di contratti pubblici.

ART. 9

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

ipotesi di unità d'offerta di proprietà del soggetto accreditato

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

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

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

ART. 10

Controversie

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

ART. 11

Durata

1. Il presente contratto ha validità di tre anni con decorrenza dalla data di stipulazione. Novanta giorni prima della scadenza, ricorrendone i presupposti, in relazione alla permanenza dei requisiti ed agli obiettivi della programmazione sociosanitaria regionale e locale, le parti si impegnano a negoziare i contenuti del nuovo contratto.

- 2. In caso di cessazione dell'attività, corre l'obbligo per il gestore di darne preventiva comunicazione all'ASL con preavviso di almeno 90 giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo.**

ART. 12

Clausola penale

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

ART. 13

Allegati

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

Art. 14

Recepimento di disposizioni regionali e accordi applicativi

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

ART. 15

Norma di rinvio

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

Clausole da inserire nei contratti in relazione alle specifiche unità d'offerta

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

Lo schema tipo di contratto di accreditamento, proposto con il presente provvedimento, andrà integrato mediante l'inserimento di clausole specifiche dedicate a singole tipologie di unità d'offerta.

“Oggetto”:

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

“Obblighi di carattere generale”

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

“Sistema tariffario e pagamenti”

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

*“Le assenze temporanee degli ospiti dei CDD dovute a malattie, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 10 gg consecutivi” ;
(a valere per C.D.D. ivi compresi i disabili ex DGR n. 5000/2007)*

*“Le assenze per ricoveri ospedalieri degli ospiti dei CDI, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 15 giorni consecutivi”.
(a valere per C.D.I. ivi compresi i disabili ex DGR n. 5000/2007)*

“Per i posti letto di sollievo accreditati messi a disposizione con il presente contratto, l'ASL si impegna al pagamento della tariffa base anche per i giorni nei quali i posti letto dovessero rimanere non occupati”. (a valere per R.S.A. – R.S.D.)

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

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

“Per i minori disabili, per i quali il programma personalizzato preveda un raccordo con la scuola, dove sono inseriti, e si renda necessario un intervento degli educatori del centro presso la scuola stessa, è possibile rendicontare la frequenza scolastica ai fini delle presenze e provvedere alla conseguente remunerazione.” (a valere per C.D.D.)

“In caso di apertura giornaliera superiore alle 8 ore verrà riconosciuta la tariffa massima equivalente ad una giornata/persona, anche per un utente che ne usufruisca per poche ore. L'unico vincolo è che alla somma di più part-time che si alternano nella stessa giornata senza che ciò comporti uno splafonamento rispetto al n. di posti accreditati (purché non superino il totale delle ore di apertura giornaliera del servizio) verrà comunque riconosciuta una sola giornata/persona nella misura della tariffa massima prevista” (a valere per C.D.I.)

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

“E' riconosciuto il pagamento della prestazione relativa a regime diurno continuo, purché il ciclo sia stato svolto per almeno l'80%”.

“In caso di ricovero di paziente minore:

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

“Sono rendicontabili e remunerabili le prime visite cui segue una presa in carico riabilitativa in regime ambulatoriale o domiciliare”. (a valere per le Strutture di riabilitazione)

La certificazione delle rette ai fini fiscali

La certificazione avente ad oggetto il pagamento della retta e la sua composizione, a cura dei soggetti gestori, è stata introdotta dalla DGR 21 marzo 1997, n. 26316, ai sensi della quale la parte sanitaria della retta viene determinata al fine di consentirne la deduzione o la detrazione fiscale.

Infatti, la disciplina fiscale prevede espressamente che, in caso di ricovero di un anziano o di persona con invalidità civile riconosciuta o con handicap in istituto di assistenza non sia possibile portare in detrazione o deduzione l'intera retta pagata, ma solo la parte che riguarda le spese mediche e le spese paramediche di assistenza specifiche e a tal fine si prevede il rilascio di apposita attestazione da parte dell'istituto di assistenza.

I modelli unico e 730, con le relative istruzioni, sono approvati con provvedimento dell'Agenzia delle Entrate, pubblicato sulla G.U. (per l'anno 2006, si veda GU 8 febbraio 2007, n.31).

Testualmente le istruzioni del rigo E1 colonna 2 : *“In caso di ricovero di un anziano in un istituto di assistenza e ricovero la detrazione non spetta per le spese relative alla retta di ricovero e di assistenza, ma solo per le spese mediche che devono essere separatamente indicate nella documentazione rilasciata dall'istituto (nel caso di ricovero di anziano portatore di handicap vedere le istruzioni del rigo E21)”*. Il rigo E21 tratta la deducibilità delle spese mediche della retta.

Quindi: un anziano non invalido ricoverato può detrarre le spese mediche della retta, mentre un anziano invalido (in genere non autosufficiente con o senza indennità di accompagnamento) può dedurre le spese mediche della retta.

In ogni caso, quindi, si dà atto che la retta è composta da una quota di costi sanitari.

I cedolini hanno una finalità meramente fiscale e costituiscono la prova che la retta è composta da una quota corrispondente ai costi sanitari. Se così non fosse, non avrebbero ragione di essere, poiché la disciplina fiscale prevede la deducibilità o detraibilità delle spese sanitarie sostenute, anche nell'interesse dei familiari, per il ricovero in un istituto di assistenza.

Le istruzioni per la compilazione del modello 730 prevedono espressamente l'obbligo della certificazione a carico dell'istituto.

Il principio trova fondamento nell'art.10 (Oneri deducibili) del DPR n.917/86, di approvazione del TU delle imposte sui redditi.

In un parere reso dall'Agenzia delle entrate della Direzione regionale del Veneto in data 27 aprile 2004 pr.907-7329, si legge testualmente: *“ Con riferimento alle spese sostenute per il ricovero di un anziano in un istituto di assistenza e ricovero, le istruzioni per la compilazione dei modelli Unico 2004 e 730 2004 precisano che la detrazione, o deduzione, nei casi di anziani portatori di handicap, non spetta per la retta di ricovero, ma solo per le spese mediche e di assistenza specifica (cfr. la C.M. 12 maggio 2000 n.95/E, punto 1.1.8.), indicate separatamente nella documentazione rilasciata dall'Istituto. Tanto premesso, non essendoci alcuna specifica indicazione in merito alle modalità di determinazione delle spese sanitarie, deducibili o detraibili ai sensi degli articoli 10 e 15 del DPR 917/1986, si ritiene che la somma da indicare separatamente nella documentazione rilasciata agli ospiti delle strutture gestite da..., possa essere determinata sulla base dei rendiconti disposti ai sensi della normativa della Regione Veneto, adottando un criterio che determini in modo preciso e certo dette spese”*.

Quindi compete alla Regione fissare i criteri per la compilazione della dichiarazione e ciò è stato fatto con una deliberazione del 1997.

Gli enti gestori, a fronte del mancato pagamento delle rette, non possono che rivalersi sui soggetti che hanno assunto l'impegno contrattuale, ricordando che al momento dell'ingresso nella unità d'offerta compete ai medesimi enti rilevare le condizioni che danno diritto all'eventuale integrazione economica della retta, ai sensi della disciplina in materia di ISEE, da parte del Comune di residenza, che deve essere immediatamente informato. In caso di mancato pagamento, l'integrazione economica della retta è un obbligo del Comune, sussistendone i presupposti, e non degli enti del SSR, a cui compete far fronte ai costi di gestione nei limiti stabiliti dalla normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza.