



Regione
Lombardia

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

SOMMARIO

C) GIUNTA REGIONALE E ASSESSORI

Delibera Giunta regionale 30 maggio 2012 - n. IX/3540

Determinazioni in materia di esercizio e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie e di razionalizzazione del relativo sistema di vigilanza e controllo 2

Testo coordinato d.g.r. 30 maggio 2012 - n. IX/3541

Testo coordinato della d.g.r. 30 maggio 2012, n. IX/3541 "Definizione dei requisiti specifici per l'esercizio e l'accredimento dell'assistenza domiciliare integrata" rettificata dalla d.g.r. 6 giugno 2012 - n. IX/3584 29

Decreto Assessore regionale 1 giugno 2012 - n. 4852

Accordo di programma finalizzato all'individuazione, progettazione e realizzazione degli interventi idonei ad assicurare un'adeguata accessibilità al Santuario di Santa Maria del Monte ed al Borgo Storico annesso in comune di Varese 33

D) ATTI DIRIGENZIALI

Giunta Regionale

D.G. Occupazione e politiche del lavoro

Comunicato regionale 5 giugno 2012 - n. 66

Sperimentazione per favorire la conciliazione vita-lavoro nelle PMI lombarde – Integrazione dell'elenco delle aziende ammesse 40

D.G. Famiglia, conciliazione, integrazione e solidarietà sociale

Decreto dirigente unità organizzativa 5 giugno 2012 - n. 4942

Decreto dirigenziale n. 11612 del 1 dicembre 2011. Modifiche, integrazioni e riapertura termini dell'avviso 41

D.G. Agricoltura

Decreto dirigente unità organizzativa 5 giugno 2012 - n. 4925

Individuazione dei beneficiari e localizzazione degli interventi di fitodepurazione e prevenzione dell'apporto diffuso di nutrienti di origine agricola ai sensi dell'allegato 1b della d.g.r. n. 20935/2005 – 3^a riapertura termini presentazione domande 61

D.G. Industria, artigianato, edilizia e cooperazione

Decreto dirigente unità organizzativa 1 giugno 2012 - n. 4859

POR FESR 2007-2013 - Linea di intervento 1.1.2.1.b - Fondo di garanzia Made in Lombardy. Non ammissione della società Solarday s.p.a. al contributo (voucher) per la redazione del business plan 70

Decreto dirigente unità organizzativa 4 giugno 2012 - n. 4868

POR FESR 2007-2013 - Linea di intervento 1.1.2.1.b - Fondo di garanzia Made in Lombardy. Non ammissione al contributo (voucher) per la redazione del business plan 71

Serie Ordinaria n. 23 - Venerdì 08 giugno 2012

C) GIUNTA REGIONALE E ASSESSORI

D.g.r. 30 maggio 2012 - n. IX/3540
Definizioni in materia di esercizio e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie e di razionalizzazione del relativo sistema di vigilanza e controllo

LA GIUNTA REGIONALE

Visti:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della l. 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modifiche ed integrazioni;
- il d.p.r. 14 gennaio 1997 «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private»;
- i dd.p.c.m. 14 febbraio 2001 «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie» e 29 novembre 2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza»;
- la l.r. 2 aprile 2007, n. 8 «Disposizioni in materia di attività sanitarie e sociosanitarie. Collegato»;
- la legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario» e le successive modifiche ed integrazioni;
- la legge regionale 30 agosto 2008, n. 1 «Legge regionale statutaria» che, nell'art. 48, ha rafforzato la visione dell'ente regionale come «insieme» di enti, aziende, società, fondazioni cui affidare la responsabilità di attuare le politiche regionali;
- la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità» e successive modifiche e integrazioni;
- la legge regionale 1 febbraio 2012 n. 1 «Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria»;
- la legge regionale 24 febbraio 2012 n. 2 «Modifiche e integrazioni alle leggi regionali del 12 marzo 2008, n. 3 «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario» e le successive modifiche ed integrazioni e del 13 febbraio 2003, n. 1 Riordino della disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti in Lombardia»;
- la d.c.r. 28 settembre 2010, n. 56 «Programma regionale di sviluppo della IX legislatura»;
- la d.c.r. 17 novembre 2010, n. 88 di approvazione del «Piano Socio Sanitario Regionale 2010 - 2014»;
- la d.g.r. 22 dicembre 2011, n. IX/2734 «Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale»;

Richiamate le dd.g.r.:

- 10 ottobre 2007, n. 5508 «Procedura per l'accredimento e la successiva contrattazione di servizi socio-sanitari realizzati con finanziamenti pubblici statali o regionali»;
- 26 novembre 2008, n. 8496 «Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità di offerta socio-sanitarie»;

Richiamate le dd.g.r., costituenti provvedimenti aventi carattere generale in materia di autorizzazione, accreditamento delle Unità di Offerta:

- 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»;
- 7 febbraio 2005, n. 20465: «Ulteriori determinazioni procedurali in ordine ai percorsi di semplificazione per le unità d'offerta socio-sanitarie»;
- 14 dicembre 2005 n. 1375 «Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario Regionale per l'esercizio 2006»;
- 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 strut-

ture socio-sanitarie accreditate»;

- 13 dicembre 2006 n. 3776 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2007»;
- 26 giugno 2007 n. 5000 «Determinazioni relative alla assistenza di persone disabili presenti in strutture di riabilitazione»;
- 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»;
- 26 novembre 2008, n. 8501 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2009»;
- 6 agosto 2008 n. 7929 «Determinazioni in merito ai controlli di appropriatezza nei servizi socio sanitari accreditati»;
- 1 dicembre 2010 n. 937 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2011»;
- 4 agosto 2011 n. 2124 «Linee di indirizzo per l'assistenza di persone in stato vegetativo: sperimentazione e finanziamento a carico del fondo sanitario»;
- 6 dicembre 2011 n. 2633 ««Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012»;

Richiamate altresì le dd.g.r. recanti la disciplina per l'esercizio e l'accredimento delle singole tipologie di Unità d'offerta:

RSA

- 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 Sanitarie 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 Sanitarie Assistenziali per Anziani e prima revisione del sistema di remunerazione regionale (in attuazione della d.g.r. 14 dicembre 2001, n. 7435)»;

CDI

- 22 marzo 2002, n. 8494 «Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accredimento dei Centri Diurni Integrati (CDI)»;
- 9 maggio 2003, n. 12903 «Indirizzi e criteri per la remunerazione regionale dei Centri Diurni Integrati accreditati in attuazione della d.g.r. 22 marzo 2002, n. 8494»;

RSD

- 7 aprile 2003 n. 12620 «definizione della nuova unità di offerta 'Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con disabilità' (RSD). Attuazione dell'art. 12, comma 2 della l.r. 11 luglio 1997, n. 31»;

CDD

- 23 luglio 2004, n. 18334 «Definizione della nuova unità di offerta: Centro Diurno per persone con disabilità (CDD). Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accredimento»;

COMUNITA' SOCIO-SANITARIE

- 23 luglio 2004, n. 18333 «Definizione della nuova unità di offerta: Comunità alloggio sociosanitaria per persone con disabilità (CSS): requisiti per l'accredimento»;

STRUTTURE DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE

- 16 dicembre 2004, n. 19883 «Riordino della rete delle attività di riabilitazione»;
- 16 febbraio 2005, n. 20774 «Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni relative all'attività 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 d.p.c.m. 29 novembre 2001 sui LEA e ulteriori determinazioni relative all'appropriata erogazione delle prestazioni di Day hospi-

tal ed alle attività di controllo»;

- 28 marzo 2007 n. 4438 «Ulteriori determinazioni in ordine alle attività di riabilitazione»;

PRESTAZIONI DOMICILIARI (Credit/Voucher sociosanitario)

- 9 maggio 2003, n. 12902 «Modello Lombardo del Welfare: attivazione del voucher socio-sanitario per l'acquisto di prestazioni domiciliari sociosanitarie integrate»;

HOSPICE

- 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»;

CONSULTORI FAMILIARI

- 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 agosto 1999 n. 15, della l.r. 6 dicembre 1999 n. 23, della l.r. 5 gennaio 2000 n. 1 e conseguente revoca della d.g.r. 24 settembre 1999 n. 45251' Determinazioni in merito all'art.8, comma 4 e 7 del D.l.vo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche relative agli istituti dell'autorizzazione e dell'accreditamento dei consultori familiari pubblici e privati', e a seguito delle disposizioni normative in materia»;

SERVIZI DIPENDENZE

- 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»;
- 10 ottobre 2007, n. 5509 «Determinazioni relative ai servizi accreditati nell'area dipendenze»;
- 22 dicembre 2008, n. 8720 «Determinazioni in merito alla riqualificazione dei servizi ambulatoriali per le dipendenze»;

Preso atto dei seguenti obiettivi strategici espressi nel Piano Socio Sanitario 2010 - 2014:

- semplificazione della attività amministrativa;
- definizione chiara e sintetica delle «regole di sistema»;
- revisione del sistema di accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie;
- definizione di una disciplina organica di governo e controllo e armonizzazione delle regole di sistema sul controllo delle unità di offerta sociosanitarie;
- miglioramento della qualità ed efficacia del sistema dei controlli in aderenza alle «regole di sistema» attraverso il fronte normativo (revisione/armonizzazione di alcune disposizioni);
- revisione degli assetti organizzativi, con particolare riferimento al ruolo svolto dalla Direzione Sociale delle ASL, rispetto all'attività di vigilanza e controllo esercitata sulle unità di offerta sociosanitarie;

Richiamato l'art. 16, comma 2) della l.r. 3/2008 che attribuisce alla Giunta il potere di disciplinare le modalità per la richiesta, la concessione e l'eventuale revoca dell'accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie, nonché la verifica circa la permanenza dei requisiti richiesti per l'accreditamento stesso;

Richiamato altresì l'art. 14 della l.r. 3/2008 in forza del quale la Regione svolge funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio dell'attività di vigilanza e controllo e le ASL attuano la funzione di vigilanza e controllo sulle unità di offerta pubbliche e private, sociali e sociosanitarie;

Valutato che, in funzione del raggiungimento degli obiettivi di semplificazione, armonizzazione qualità ed efficacia espressi dal Piano Socio Sanitario 2010 - 2014, più sopra richiamati, e della necessità di adeguare il sistema delle regole all'evoluzione normativa successiva alla d.g.r. 26 novembre 2008, n. 8496 recante «Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto e linee di indirizzo per la vigilanza e il controllo delle unità di offerta sociosanitarie», è necessario:

- ridefinire la procedura per l'esercizio e l'accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie attraverso la sostituzione della previsione della Denuncia di inizio attività con la

Segnalazione certificata di inizio attività;

- prevedere in capo alle ASL la competenza ad approvare l'atto di attestazione del possesso dei requisiti di accreditamento da parte del soggetto gestore di unità di offerta sociosanitarie;
- semplificare il processo di accreditamento prevedendo che lo stesso venga disposto con Decreto della direzione generale regionale competente;
- definire, oltre a quelli già previsti dalla normativa regionale sulle singole unità di offerta sociosanitarie, ulteriori requisiti soggettivi e organizzativi di accreditamento trasversali alle unità di offerta, onde garantire l'obiettivo di sistema del maggior livello possibile di affidabilità dei soggetti gestori;
- prevedere che le ASL e la Direzione Generale regionale competente provvedano a gestire il processo di abilitazione e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie attraverso l'anagrafica unica della Famiglia, quale Registro informatizzato delle unità di offerta sociosanitarie;
- provvedere alla revisione del sistema di vigilanza e controllo sulle unità di offerta sociosanitarie con l'obiettivo di mantenere a livello regionale la definizione del sistema di regole, di favorire l'omogeneità di comportamento delle ASL nell'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo anche attraverso la ridefinizione di ruoli e responsabilità interne alle loro organizzazioni, in funzione della centralità della persona e della famiglia, dell'attenzione all'appropriatezza, della finalizzazione alla qualità dei servizi erogati;

Dato atto che, in conformità a quanto previsto dalle dd.g.r. VIII/7797 del 30 luglio 2008 «Rete dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario - Istituzione del tavolo di consultazione dei soggetti di terzo settore (art. 11, comma 1, lett. m) l.r. 3/2008» e VIII/7798 «Rete dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario - Istituzione degli organismi di consultazione degli enti locali, dei soggetti di diritto pubblico e privato, delle Organizzazioni sindacali (art. 11, comma 1, lett. m) l.r. 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 2 aprile 2012;

Stabilito pertanto di approvare, in funzione del raggiungimento degli obiettivi sopra definiti, gli allegati A) B) C) e D) al presente provvedimento, aventi rispettivamente ad oggetto «Procedura per l'esercizio e l'accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie», «I requisiti trasversali di esercizio e di accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie» «La vigilanza e il controllo di appropriatezza sulle unità d'offerta sociosanitarie», e «Sanzioni» che ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

Ritenuto di dare atto che le disposizioni del presente provvedimento integrano, o per le parti in contrasto, sostituiscono i requisiti specifici di esercizio e di accreditamento già previsti dalle dd.g.r. relative alle singole tipologie di Unità d'offerta;

Stabilito di prevedere in via transitoria per le Unità d'offerta già accreditate o che hanno già presentato domanda di accreditamento alla data di adozione del presente atto, che nell'ambito dei requisiti previsti nell'Allegato B):

- l'adeguamento al requisito trasversale di accreditamento riferito al possesso della personalità giuridica, deve essere garantito entro la data del 31 dicembre 2012 per le Unità d'offerta residenziali e semiresidenziali, mentre, per le altre tipologie di Unità d'offerta, entro il 30 giugno 2013;
- l'adeguamento al requisito trasversale di accreditamento relativo all'applicazione del modello di cui alla D. lgs 231/2001 deve essere garantito entro la data del 31 dicembre 2012 per le Unità d'offerta residenziali con capacità ricettiva pari o superiore agli 80 posti letto;
- l'adeguamento agli altri requisiti trasversali di accreditamento deve essere garantito entro due mesi dalla data di adozione del presente atto;

Ritenuto di dare atto che il requisito trasversale di accreditamento relativo all'applicazione del modello di cui alla d. lgs 231/2001 verrà esteso alle altre unità di offerta con la gradualità stabilita nella delibera annuale sulla gestione del servizio socio sanitario regionale e comunque entro il 31 dicembre 2014;

Stabilito, a modifica di quanto previsto dalla d.g.r. n. 937/2010, per l'ipotesi in cui l'Ente pubblico e in particolar modo l'Ente locale, proprietario dell'unità d'offerta sociosanitaria e titolare dell'accreditamento, non intenda mantenerlo in capo a se medesimo, che l'accreditamento può essere richiesto dal soggetto cui viene affidata la gestione, con efficacia provvisoria limitata alla durata del contratto stesso di cessione della gestione;

Serie Ordinaria n. 23 - Venerdì 08 giugno 2012

Considerato che l'art. 8 comma 11 della l.r. 3/2008, come modificato dall'art. 1 lettera a) della l.r. 2 del 24 febbraio 2012, ha previsto che la Giunta Regionale, al fine di assicurare uniformi modalità di ingresso alle unità d'offerta sociosanitarie accreditate definisce i contenuti essenziali dei relativi contratti di accesso, anche mediante l'adozione di schemi tipo e che pertanto, successivamente alla loro adozione, le Unità d'offerta saranno tenute ad adeguarsi;

Ritenuto di dichiarare il superamento della d.g.r. 8496/2008, fermo restando la sua applicazione ai procedimenti amministrativi in corso alla data di applicazione del presente atto;

Stabilito, di disporre l'immediata entrata in vigore del presente provvedimento;

Dato atto che il presente provvedimento non comporta impegni di spesa;

Stabilito di comunicare la presente deliberazione alle Aziende Sanitarie Locali;

Acquisito il parere della competente Commissione Consiliare sull'Allegato B) al presente atto recante «I requisiti trasversali di esercizio e di accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie» nella seduta del 23 maggio 2012;

Stabilito infine di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, la comunicazione al Consiglio Regionale, nonché la pubblicazione sul sito internet della Direzione Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale ai fini della più ampia diffusione;

Vista la l.r. 7 luglio 2008, n. 20 ed i provvedimenti organizzativi della Giunta Regionale;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare gli allegati A) B) C) e D) al presente provvedimento, aventi rispettivamente ad oggetto «Procedura per l'esercizio e l'accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie», «I requisiti trasversali di esercizio e di accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie» «La vigilanza e il controllo di appropriatezza sulle unità d'offerta sociosanitarie», e «Sanzioni» che ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

2. di dare atto che le disposizioni del presente provvedimento integrano, o per le parti in contrasto, sostituiscono i requisiti specifici di esercizio e di accreditamento già previsti dalle dd.g.r. relative alle singole tipologie di Unità d'offerta;

3. di prevedere in via transitoria per le Unità d'offerta già accreditate o che hanno già presentato domanda di accreditamento alla data di adozione del presente atto, che, nell'ambito dei requisiti previsti nell'Allegato B):

- a. l'adeguamento al requisito trasversale di accreditamento riferito al possesso della personalità giuridica, deve essere garantito entro la data del 31 dicembre 2012 per le Unità d'offerta residenziali e semiresidenziali, mentre, per le altre tipologie di Unità d'offerta, entro il 30 giugno 2013;
- b. l'adeguamento al requisito trasversale di accreditamento relativo all'applicazione del modello di cui alla d. lgs 231/2001 deve essere garantito entro la data del 31 dicembre 2012 per le Unità d'offerta residenziali con capacità ricettiva pari o superiore agli 80 posti letto;
- c. l'adeguamento agli altri requisiti trasversali di accreditamento deve essere garantito entro due mesi dalla data di adozione del presente atto;

4. di dare atto che il requisito trasversale di accreditamento relativo all'applicazione del modello di cui alla d. lgs 231/2001 verrà esteso alle altre unità di offerta con la gradualità stabilita nella delibera annuale sulla gestione del servizio socio sanitario regionale e comunque entro il 31 dicembre 2014;

5. di stabilire che, a modifica di quanto previsto dalla d.g.r. n. 937/2010, per l'ipotesi in cui l'Ente pubblico e in particolar modo l'Ente locale, proprietario dell'unità d'offerta sociosanitaria e titolare dell'accreditamento, non intenda mantenerlo in capo a se medesimo, l'accreditamento può essere richiesto dal soggetto cui viene affidata la gestione, con efficacia provvisoria limitata alla durata del contratto stesso di cessione della gestione;

6. di dare atto che l'art. 8 comma 11 della l.r. 3/2008, come modificato dall'art. 1 lettera a) della l.r. 2 del 24 febbraio 2012, ha previsto che la Giunta Regionale, al fine di assicurare uniformi modalità di ingresso alle Unità d'offerta sociosanitarie accreditate definisce i contenuti essenziali dei relativi contratti di accesso, anche mediante l'adozione di schemi tipo e che pertanto, successivamente alla loro adozione, le Unità d'offerta saranno tenute ad adeguarsi;

7. di dichiarare il superamento della d.g.r. 8496/2008, fermo restando la sua applicazione ai procedimenti amministrativi in corso alla data di applicazione del presente atto;

8. di disporre l'immediata entrata in vigore del presente provvedimento;

9. di comunicare la presente deliberazione alle Aziende Sanitarie Locali;

10. di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, la comunicazione al Consiglio Regionale, nonché la pubblicazione sul sito internet della Direzione Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale ai fini della più ampia diffusione.

Il segretario: Marco Pilloni

_____ • _____

PROCEDURA PER L'ESERCIZIO E L'ACCREDITAMENTO DELLE UNITÀ DI OFFERTA SOCIOSANITARIE

Indice

CAPITOLO 1 - PREMESSE GENERALI

CAPITOLO 2 - L'ESERCIZIO E L'ACCREDITAMENTO DELLE UNITÀ DI OFFERTA SOCIOSANITARIE

2.1. La Segnalazione certificata di inizio attività

2.1.1. La Segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) per l'esercizio dell'unità di offerta socio-sanitaria e la SCIA contestuale alla domanda di accreditamento

2.1.2. Procedura di presentazione della Segnalazione ex art. 19 Legge 241/1990

2.1.3. Gli effetti giuridici della Segnalazione certificata di inizio attività

2.1.4. Il controllo dell'ASL successivamente alla presentazione della SCIA anche contestuale alla domanda di accreditamento

CAPITOLO 3 - L'ACCREDITAMENTO DELLE UNITÀ DI OFFERTA DELLA RETE SOCIOSANITARIA

3.1. *Procedura per l'accREDITAMENTO e la modifica dell'accREDITAMENTO relativo a unità di offerta socio sanitaria e successiva iscrizione nel Registro informatizzato delle unità di offerta sociosanitarie*

3.2. *Trasferimento dell'abilitazione e dell'accREDITAMENTO ad un nuovo soggetto gestore - la cosiddetta "voltura del gestore dell'unità di offerta sociosanitaria"*

3.3. *Il riconoscimento di Ente unico ex d.g.r. n. 3257/06*

3.4. *Gli effetti dell'accREDITAMENTO: gli obblighi in capo al soggetto gestore*

3.5. *Revoca o decadenza dell'accREDITAMENTO*

CAPITOLO 1 - PREMESSE GENERALI

L'evoluzione normativa di questi anni, principalmente diretta alla semplificazione delle procedure in funzione di una maggiore efficienza del sistema, ha reso necessario il superamento delle determinazioni contenute nella DGR VIII/8496/2008 in materia di esercizio, accreditamento, vigilanza e controllo delle unità di offerta sociosanitarie. Gli obiettivi che si è inteso realizzare attraverso la ridefinizione delle regole in materia sono:

- la semplificazione delle procedure per l'esercizio e l'accREDITAMENTO delle unità di offerta sociosanitarie attraverso la sostituzione della denuncia di inizio attività con la segnalazione certificata di inizio attività, la previsione della sostituzione della delibera di Giunta con il decreto della Direzione Generale regionale competente per l'accREDITAMENTO delle unità di offerta della rete sociosanitaria, la maggiore responsabilizzazione delle ASL nella gestione del procedimento amministrativo di accREDITAMENTO;
- la definizione di requisiti soggettivi e organizzativi di accREDITAMENTO trasversali a tutte le unità di offerta sociosanitarie in funzione della garanzia di più elevati livelli di affidabilità dei soggetti gestori a tutela dei cittadini che utilizzano i servizi;
- il mantenimento a livello regionale della funzione di definizione delle regole di sistema sulla vigilanza e il controllo delle unità di offerta sociosanitarie, mettendo a punto strumenti funzionali ad assicurare il "continuo" monitoraggio; questo provvedimento, garantendo certezza di regole e di ruoli, agisce in funzione dell'efficienza del sistema sociosanitario;
- l'assoggettamento a vigilanza e a controllo di appropriatezza di tutte le unità d'offerta sociosanitarie a prescindere dal relativo status erogativo (unità d'offerta solo abilitate all'esercizio⁽¹⁾, solo accREDITATE o anche contrattualizzate), prevedendo, in particolare, per tutte, l'obbligo di tenuta del Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario (FaSAS) e orientando prioritariamente i controlli sulla base di indicatori di rischio;
- l'omogeneizzazione dei comportamenti delle ASL nell'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo sulle unità di offerta sociosanitarie anche attraverso la ridefinizione di ruoli e responsabilità dei soggetti coinvolti nella governance delle Unità di offerta, in funzione della centralità della persona e della famiglia, dell'attenzione all'appropriatezza ed alla qualità dei servizi forniti;
- l'indicazione delle figure professionali da coinvolgere nelle diverse fasi del controllo. Ciascuna ASL è infatti tenuta ad assicurare che a questa specifica attività istituzionale siano assegnate adeguate risorse di personale e strumentali;
- sottolineare l'importanza che tali attività vengano svolte in piena aderenza a quanto stabilito dalle norme specifiche per ciascuna unità d'offerta e conformemente al codice etico aziendale;
- potenziare il ruolo di coordinamento e di raccordo da parte della Regione, anche attraverso la predisposizione di strumenti e modulistiche standardizzati, la revisione e l'aggiornamento degli oggetti da sottoporre a verifica, la condivisione ed implementazione dei debiti informativi a carico delle singole unità d'offerta e delle ASL;
- mantenere, in forza del principio di centralità del cittadino, un'adeguata tutela del livello di soddisfazione della domanda, dell'appropriatezza e della congruità delle prestazioni;
- incentivare il miglioramento continuo della qualità, anche attraverso l'adozione di processi di autocontrollo da parte degli erogatori, inserendo la previsione obbligatoria dell'adeguamento, per le unità di offerta residenziali con capacità ricettiva uguale o superiore agli 80 posti, dell'adeguamento dei soggetti gestori al modello organizzativo previsto dal D.Lgs. 231/2001.

(1) Per unità d'offerta abilitata all'esercizio si intende sia quella in possesso dell'autorizzazione al funzionamento sia quella che ha avviato legittimamente l'attività avvalendosi degli strumenti di semplificazione previsti dalla normativa vigente (presentazione di una comunicazione preventiva all'esercizio, di una dichiarazione di inizio attività, di una segnalazione certificata di inizio attività..)

Serie Ordinaria n. 23 - Venerdì 08 giugno 2012

CAPITOLO 2 - L'ESERCIZIO E L'ACCREDITAMENTO DELLE UNITÀ DI OFFERTA SOCIO-SANITARIE

Le leggi regionali n. 3/2008 e n. 33/2009 stabiliscono i principi generali per l'avvio e l'accreditamento delle unità d'offerta della rete socio sanitaria. La disciplina attuativa di questi principi è invece contenuta nel presente provvedimento e nelle deliberazioni della Giunta Regionale riferite alle singole unità d'offerta della rete.

Abilitazione all'esercizio ed accreditamento sono livelli di validazione dei servizi che hanno l'obiettivo di garantire livelli essenziali e uniformi di assistenza, qualitativamente rispondenti agli standard stabiliti dalle normative. La vigilanza ed il controllo di appropriatezza sono le attività finalizzate ad accertare il "mantenimento" dei requisiti previsti per l'esercizio, l'accreditamento e l'eventuale contrattualizzazione, nonché a verificare l'appropriatezza delle prestazioni erogate al singolo assistito e il corretto adempimento degli obblighi posti in capo agli erogatori di prestazioni socio-sanitarie.

L'accreditamento istituzionale è un livello di validazione dei servizi che certifica il possesso di ulteriori requisiti (sotto il profilo soggettivo o strutturale, tecnologico o organizzativo) rispetto a quelli minimi di esercizio. La domanda di accreditamento è volontaria e l'accreditamento istituzionale costituisce l'effetto di un provvedimento amministrativo specifico, adottato in esito alla positiva verifica di sussistenza dei requisiti dalla legge previsti per la sua adozione. È pertanto rilasciato a favore di un soggetto giuridico (soggetto accreditato) per una determinata unità di offerta, il quale consegue l'iscrizione nel registro degli enti accreditati e l'abilitazione ad erogare prestazioni per conto del servizio socio-sanitario regionale. L'accreditamento è presupposto necessario ma non sufficiente per erogare prestazioni socio-sanitarie, tramite apposita contrattualizzazione, a carico del FSR.

2.1. La Segnalazione certificata di inizio attività (SCIA)

2.1.1. La Segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) per l'esercizio dell'unità di offerta socio-sanitaria e la SCIA contestuale alla domanda di accreditamento

Fermo restando il possesso dei requisiti minimi previsti dalle disposizioni vigenti, per l'esercizio delle unità di offerta socio-sanitarie, il soggetto interessato provvede alla presentazione di una Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) all'ASL di ubicazione della unità di offerta cui la segnalazione si riferisce. Qualora il soggetto gestore sia interessato sia all'esercizio che all'accreditamento dell'unità di offerta trasmette, contestualmente alla Segnalazione Certificata di Inizio Attività, la richiesta di accreditamento utilizzando l'apposita modulistica. In questo caso si parla di SCIA contestuale.

La Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) si applica all'esercizio di tutte le unità di offerta socio-sanitarie, in relazione alle fattispecie di seguito elencate:

1. **esercizio di unità d'offerta**, da intendersi come allestimento di tutte le misure strutturali, tecnologiche, organizzative e gestionali, necessarie per iniziare l'attività; **trasferimento in altra sede di unità d'offerta esistente**, 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;
2. **variazione della capacità ricettiva o trasformazione di unità di offerta esistente**, 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;
3. **modifica dell'articolazione degli spazi della medesima unità di offerta;**
4. **verificarsi di eventi estintivi/modificativi dell'ente gestore per le unità di offerta non accreditate**. Nel caso di persone giuridiche private può trattarsi di scioglimento, fusione per incorporazione o 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.

Nell'ipotesi in cui si tratti di unità d'offerta direttamente gestita dall'ASL, fino alla conclusione del processo di esternalizzazione delle gestioni previsto dalla normativa, occorre distinguere due ipotesi:

- quella in cui l'ASL non ha 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, presenta la SCIA alla ASL territorialmente competente ad effettuare l'attività di vigilanza incrociata e alla Direzione Generale regionale competente, esclusivamente mediante posta elettronica certificata (PEC) nel rispetto di quanto previsto dall'art. 65 del d.lgs. 7 marzo 2005 n. 82 (Codice dell'Amministrazione Digitale). L'ASL competente per la vigilanza applica la procedura di cui al paragrafo successivo, inviando comunicazione dell'esito della vigilanza all'ASL che ha presentato la SCIA ed alla Direzione Generale regionale competente;
- quella in cui l'ASL abbia invece 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): in questo caso 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.

Non è soggetta a SCIA la modificazione della persona del Legale Rappresentante del soggetto gestore.

Il soggetto gestore provvede in questi casi a comunicare all'ASL competente per territorio il possesso, in capo alla persona del Legale Rappresentante, dei requisiti di onorabilità previsti dalla normativa. Alla comunicazione deve essere allegata l'autocertificazione sottoscritta dal nuovo legale rappresentante. L'ASL provvede ad annotare nella documentazione depositata agli atti i nuovi riferimenti della persona fisica incaricata della legale rappresentanza del soggetto gestore.

Nell'ipotesi in cui ci sia una trasformazione giuridica del soggetto gestore che non si sostanzia nel subentro di un nuovo soggetto gestore (ad esempio variazioni nella forma societaria, etc.), la SCIA riguarderà solo i requisiti riguardanti le variazioni intervenute.

2.1.2. Procedura di presentazione della Segnalazione ex art. 19 Legge 241/1990

La SCIA è presentata dal legale rappresentante o dall'amministratore del soggetto gestore all'ASL e, per conoscenza, al Comune di ubicazione dell'unità di offerta. Alla SCIA sono allegati le autocertificazioni, le attestazioni e gli elaborati tecnici diretti a comprovare la sussistenza in capo al soggetto gestore e alla unità di offerta dei requisiti minimi stabiliti dal d.p.r. 14 gennaio 1997, dall'Allegato B) al presente atto e dalla normativa regionale vigente in relazione alle singole tipologie di unità di offerta della rete socio-sanitaria.

La segnalazione, corredata dalla documentazione necessaria, è presentata direttamente, oppure inviata, con raccomandata con avviso di ricevimento o a mezzo di posta certificata all'ASL di ubicazione dell'unità di offerta. L'ASL assicura a tal fine l'utilizzo di un indirizzo di posta certificata. La segnalazione è redatta in conformità al modello predisposto dall'ASL fino all'adozione, con successivo provvedimento attuativo da adottarsi a cura della Direzione Generale regionale competente, di un modello standard valido a livello regionale in materia di SCIA per le unità di offerta socio-sanitarie. Con decorrenza dalla data di apposizione del timbro di protocollo da parte dell'ASL, la SCIA produce gli effetti giuridici descritti nel paragrafo 2.1.3 del presente allegato. L'ASL provvede:

- ad inoltrare alla Direzione regionale competente copia della SCIA e, se contestuale, della domanda di accreditamento, entro 7 giorni lavorativi dalla loro presentazione, esclusivamente mediante posta elettronica certificata (PEC) nel rispetto di quanto previsto dall'art. 65 del d.lgs. 7 marzo 2005 n. 82 (Codice dell'Amministrazione Digitale) e senza allegare i documenti prodotti dal soggetto gestore;
- ad inserire gli estremi della SCIA nell'ambito del Registro informatizzato delle unità di offerta socio-sanitarie.

2.1.3. Gli effetti giuridici della Segnalazione certificata di inizio attività

Con decorrenza dalla data di apposizione sulla SCIA del timbro di protocollo da parte dell'ASL competente per territorio, il soggetto interessato è abilitato a porre in esercizio l'unità di offerta cui la segnalazione si riferisce ed è responsabile in via diretta della gestione stessa. In particolare, per effetto della presentazione della segnalazione, il soggetto acquista la facoltà giuridica di esercitare l'unità di offerta. L'ASL non può pertanto subordinare in alcun modo l'inizio dell'effettivo esercizio dell'unità di offerta alla preventiva positiva verifica di sussistenza dei requisiti dichiarati e attestati nella segnalazione. In particolare, l'ASL non può vincolare la produzione degli effetti della presentazione della segnalazione al controllo preventivo della sua ammissibilità. Qualora si tratti di SCIA riferita all'esercizio e di contestuale richiesta di accreditamento (SCIA contestuale), il soggetto gestore è tenuto a dimostrare il possesso dei requisiti gestionali previsti per l'accREDITAMENTO dell'unità di offerta, indipendentemente dall'effettiva presenza di utenti. Lo standard di personale deve in ogni caso essere assicurato in relazione alla progressiva presa in carico di ospiti/utenti.

2.1.4. Il controllo dell'ASL successivamente alla presentazione della SCIA anche contestuale alla domanda di accreditamento

In applicazione dell'art. 19, comma 3, della Legge 241/1990, l'ASL competente per territorio provvede nel termine di 60 giorni dal ricevimento della segnalazione ad accertare l'esistenza dei requisiti per l'esercizio dell'unità di offerta oggetto di SCIA. Il termine decorre dalla data di protocollazione della SCIA da parte dei competenti uffici dell'ASL e deve corrispondere a quello inserito dall'ASL nel Registro informatizzato delle unità di offerta socio-sanitarie.

Qualora il sopralluogo si concluda con esito positivo, l'ASL procede, entro 20 giorni dalla verifica positiva a trasmettere via PEC, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 65 del d.lgs. 7 marzo 2005 n. 82 (Codice dell'Amministrazione Digitale), copia del verbale alla Direzione regionale competente.

In ipotesi invece di accertata carenza dei requisiti minimi, l'ASL dispone, sempre entro 60 giorni dalla presentazione della SCIA, con provvedimento motivato, il divieto di prosecuzione dell'attività e l'obbligo di rimozione degli eventuali effetti dannosi provocati, salvo che, ove ciò sia possibile e non si riscontri una situazione di rischio per la salute o per la sicurezza pubblica, l'interessato provveda a conformare alla normativa vigente detta attività ed i suoi effetti entro un termine in ogni caso non superiore a trenta giorni. In quest'ultimo caso l'ASL provvede con proprio provvedimento di diffida, da adottarsi entro 3 giorni dalla verifica di insussistenza/carenza dei requisiti.

Qualora nella unità di offerta sottoposta a controllo siano già presenti ospiti, gravano in capo al soggetto gestore tutti gli adempimenti e il sostenimento di tutti gli oneri per la ricollocazione nella rete di offerta socio-sanitaria degli assistiti in carico alla struttura. L'ASL provvede a dare comunicazione via PEC alla Direzione Generale regionale competente dell'esito della verifica condotta e dei provvedimenti adottati (provvedimento che dispone il divieto di prosecuzione salvo, ove ciò sia possibile, il provvedimento di diffida) entro i successivi 7 giorni lavorativi.

Qualora la SCIA sia stata presentata contestualmente alla richiesta di accreditamento, l'ASL procede, sempre entro 60 dal suo ricevimento, ad effettuare un sopralluogo per la verifica circa la sussistenza di tutti i requisiti, minimi e ulteriori, al fine dell'adozione, entro 30 giorni dall'avvenuta verifica positiva, del provvedimento di attestazione del possesso dei requisiti di accreditamento, ovvero, in ipotesi di accertamento negativo, dei provvedimenti di seguito descritti. Qualora infatti si riscontri l'insussistenza o si verifichi la perdita di un requisito successivamente all'inizio dell'attività, salvo che non vengano a crearsi situazioni di rischio per l'utenza, l'ASL:

- diffida il gestore a ripristinare il requisito entro un termine massimo di 30 giorni;
- qualora il soggetto gestore si conformi alle prescrizioni, l'ASL adotta il provvedimento di attestazione del possesso dei requisiti di accreditamento e lo trasmette via PEC alla Direzione Generale regionale competente entro 7 giorni lavorativi dalla sua adozione;
- qualora invece trascorra infruttuosamente tale termine, l'ASL adotta il provvedimento di sospensione o di chiusura dell'attività e lo trasmette via PEC alla Direzione Generale regionale competente entro i successivi 7 giorni lavorativi.

Laddove invece si riscontri una situazione di rischio per la salute o per la sicurezza pubblica, l'ASL dispone l'immediata chiusura dell'attività a seguito della quale grava, come già precisato, unicamente in capo al soggetto gestore l'obbligo di farsi carico di tutti gli adempimenti e di tutti gli oneri diretti al trasferimento degli utenti in altra unità d'offerta idonea, raccordandosi con le famiglie e/o i Comuni di riferimento.

Nelle ipotesi di mancato mantenimento dei requisiti di abilitazione e/o di accreditamento, si applica la stessa procedura sopra individuata.

CAPITOLO 3 - L'ACCREDITAMENTO DELLE UNITÀ DI OFFERTA DELLA RETE SOCIO-SANITARIA

L'accREDITAMENTO istituzionale è riconosciuto per effetto di un provvedimento amministrativo, ed è rilasciato a favore di un soggetto giuridico (soggetto accreditato) in relazione a una determinata unità di offerta, che per effetto dell'atto viene abilitato ad erogare prestazioni per conto del servizio socio-sanitario regionale. L'accREDITAMENTO è presupposto necessario per poter accedere al contratto e, quindi, per ottenere la remunerazione delle prestazioni da parte del sistema socio-sanitario.

Serie Ordinaria n. 23 - Venerdì 08 giugno 2012

L'accreditamento presuppone il possesso, da parte del gestore e dell'unità d'offerta, di requisiti di qualificazione ulteriori a quelli stabiliti per il semplice esercizio ⁽²⁾ ed implica un innalzamento dei livelli qualitativi del servizio. Ai fini dell'accreditamento, l'unità d'offerta deve possedere requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali ulteriori rispetto a quelli minimi per il suo esercizio, in conformità alle disposizioni della normativa regionale vigente in relazione alle singole tipologie di unità di offerta sociosanitarie.

Da quanto sopra consegue che:

1. l'accreditamento può riguardare anche solo una parte del totale dei posti o del volume di prestazioni per i quali il soggetto gestore è abilitato;
2. abilitazione ed accreditamento sono relativi al soggetto gestore e all'unità di offerta da quest'ultimo in concreto esercitata;
3. se una persona giuridica gestisce una pluralità di unità d'offerta, sono necessarie distinte SCIA di esercizio e, per ciascuna, un provvedimento specifico di accreditamento.

3.1. Procedura per l'accreditamento e la modifica dell'accreditamento relativo a unità di offerta socio sanitaria e successiva iscrizione nel Registro informatizzato delle unità di offerta sociosanitarie

Il Decreto della Direzione Generale regionale competente che dispone l'accreditamento dell'unità di offerta socio sanitaria o la modifica di accreditamento già esistente.

L'accreditamento di una unità d'offerta socio sanitaria o la sua modifica sono disposti con Decreto della Direzione Generale regionale competente sulla base del provvedimento, adottato dal Direttore Generale dell'ASL di ubicazione dell'unità di offerta, di attestazione del possesso dei requisiti previsti. La richiesta di accreditamento è presentata, anche contestualmente alla Segnalazione certificata di inizio attività, dal legale rappresentante o dall'amministratore del soggetto gestore. Deve attestare il possesso dei requisiti soggettivi, strutturali, organizzativi e gestionali ulteriori a quelli minimi definiti per l'esercizio dell'unità di offerta in conformità a quanto stabilito dall'Allegato B) al presente atto e dalla normativa regionale vigente in relazione alle singole tipologie di unità di offerta sociosanitarie. La domanda è presentata direttamente all'ASL di ubicazione dell'unità di offerta e alla Regione mediante consegna a mano oppure raccomandata a.r. o per posta elettronica certificata attraverso l'utilizzo della modulistica messa a disposizione dall'ASL sino all'adozione del modulo standard definito a livello regionale con successivo provvedimento attuativo della Direzione Generale regionale competente. La titolarità di una pluralità di unità di offerta in capo allo stesso soggetto gestore comporta, ai fini del loro esercizio e accreditamento, la necessità di presentare distinte Segnalazioni di certificazione di inizio attività e distinte domande di accreditamento. Per la richiesta di accreditamento, qualora il soggetto gestore non si avvalga della possibilità di attestare i requisiti mediante Perizia asseverata, modalità prevista con la d.g.r. n. 20465/05, entro 60 giorni dalla presentazione della domanda di accreditamento, l'ASL procede ad effettuare il sopralluogo diretto a verificare il possesso dei requisiti attestati. Qualora il sopralluogo si concluda con esito positivo, l'ASL procede, entro i successivi 30 giorni dalla verifica positiva:

- ad adottare, con deliberazione del direttore generale, il provvedimento di attestazione del possesso dei requisiti di accreditamento;
- a trasmettere copia della deliberazione alla Direzione regionale competente entro 7 giorni lavorativi dalla sua adozione, esclusivamente via PEC.

La Direzione Generale regionale competente, ricevuto il provvedimento dell'ASL di attestazione del possesso dei requisiti di accreditamento, provvede entro i successivi 30 giorni, a disporre con proprio Decreto l'accreditamento dell'unità di offerta o la sua modifica e a registrarla nel Registro informatizzato delle unità di offerta sociosanitarie, dandone successiva comunicazione all'ASL e all'ente gestore.

Successivamente al decreto di accreditamento, l'ASL provvede ad attribuire il codice struttura, dandone comunicazione alla Direzione Generale competente esclusivamente a mezzo PEC. Il codice struttura è funzionale a porre il soggetto gestore nella condizione di poter adempiere agli obblighi collegati ai debiti informativi.

Entro 90 giorni dalla data del Decreto di accreditamento, l'ASL esegue un ulteriore sopralluogo senza preavviso, al fine di verificare il mantenimento dei requisiti, in particolare verificando l'adeguatezza quantitativa e qualitativa delle unità di personale presenti in relazione alla progressiva presa in carico degli ospiti. Dell'esito del sopralluogo l'ASL dà comunicazione alla competente Direzione Generale, provvedendo all'invio di copia del relativo verbale, esclusivamente via PEC, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 65 del d.lgs. 7 marzo 2005 n. 82 (Codice dell'Amministrazione Digitale), ed entro il termine di 7 giorni lavorativi dalla data del verbale.

Qualora invece il sopralluogo dell'ASL effettuato entro 90 giorni dalla data del Decreto di accreditamento si concluda con esito negativo, o con la constatazione che l'attività con l'effettiva presa in carico degli ospiti/utenti non sia ancora iniziata, si applica la procedura prevista nel paragrafo 2.1.4 del presente allegato.

3.2. Trasferimento dell'abilitazione e dell'accreditamento ad un nuovo soggetto gestore - la cosiddetta "voltura del gestore dell'unità di offerta sociosanitaria"

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).⁽³⁾

Tutti i contratti e gli atti tra privati che hanno ad oggetto il subentro di un altro soggetto nella gestione dell'unità di offerta non possono essere stipulati se l'ente gestore e la controparte degli atti predetti non abbiano richiesto e ottenuto parere preventivo dalla Direzione generale regionale competente, con contestuale informativa del gestore all'ASL di ubicazione dell'unità di offerta. Con successivo provvedimento attuativo verrà definito il modello standard per la richiesta del parere preventivo alla presentazione della domanda di accreditamento. Fino all'adozione del modello per la richiesta del parere, le parti interessate provvedono a presentarla con propria nota, allegando la seguente documentazione:

- la descrizione dell'attività negoziale che, successivamente al parere, le parti hanno in programma di porre in essere ai fini del subentro di un altro soggetto gestore nella gestione dell'unità di offerta di cui si tratta;

⁽²⁾ 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.

⁽³⁾ 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".

- per l'ipotesi in cui l'immobile non sia di proprietà del soggetto gestore, una dichiarazione del proprietario diretta ad attestare che non sussistono impedimenti (es. vincoli derivanti da finanziamento pubblico per la realizzazione/ristrutturazione dell'immobile ove è esercitata l'Unità di offerta);

Verificata la documentazione presentata a corredo della richiesta di parere preventivo, la Direzione generale regionale competente rilascia parere entro i successivi 30 giorni dalla richiesta. Il parere è comunicato ai soggetti richiedenti e all'ASL di ubicazione dell'unità di offerta. Successivamente al ricevimento del parere positivo della Direzione generale regionale competente, i soggetti interessati sono ammessi alla presentazione della domanda di accreditamento secondo la procedura di seguito definita:

1. il soggetto che subentra provvede a presentare la domanda di accreditamento, **controfirmata anche dal soggetto gestore uscente**, alla Regione Lombardia e all'ASL di ubicazione dell'unità di offerta; il richiedente non è tenuto a riprodurre - fatta salva l'ipotesi di effettuazione di lavori - i documenti che attestano il possesso dei requisiti di carattere strutturale, in quanto già depositati agli atti dell'ASL dal soggetto gestore uscente.
2. l'ASL, verificato il possesso di tutti i requisiti in capo al soggetto gestore subentrante, provvede, entro 30 giorni dalla presentazione della domanda di accreditamento:
 - ad attestare, con Deliberazione del Direttore Generale, il possesso dei requisiti in capo al soggetto gestore subentrante;
 - a trasmettere la Deliberazione del Direttore Generale di attestazione del possesso dei requisiti in capo al soggetto gestore subentrante, esclusivamente via PEC, alla Direzione generale regionale competente entro 7 giorni lavorativi dalla data della sua adozione;
3. la Direzione generale regionale competente adotta, entro i successivi 30 giorni, il Decreto di modifica dell'accreditamento per variazione del soggetto gestore dell'unità di offerta accreditata. Restano in ogni caso fermi i vincoli disposti dalla DGR n. 5508/07, in ordine alle unità di offerta realizzate con finanziamenti pubblici. La voltura è efficace dalla data del provvedimento che la dispone. La Direzione generale regionale competente provvede altresì alla cancellazione del vecchio soggetto gestore dell'unità di offerta dal Registro informatizzato delle unità di offerta sociosanitarie. Del provvedimento è data comunicazione all'ASL e all'ente gestore;
4. nel caso in cui il precedente gestore è titolare di un contratto con l'ASL, nel provvedimento di voltura si dispone il subentro del nuovo soggetto gestore, con decorrenza dalla data di adozione del decreto. L'ASL provvede alla conseguente modificazione nel contratto agli estremi relativi al nuovo soggetto gestore;
5. entro 90 giorni dal provvedimento di voltura l'ASL effettua una visita di vigilanza presso l'unità di offerta, al fine di verificare il mantenimento dei requisiti;
6. la voltura non comporta l'attribuzione di un nuovo codice struttura da parte dell'ASL.

3.3. Il riconoscimento di Ente unico

Resta in capo alla Direzione Generale competente l'adozione del Decreto di riconoscimento di Ente Unico ai sensi della d.g.r. n. 3257/06.

3.4. Gli effetti dell'accreditamento: gli obblighi in capo al soggetto gestore

L'accreditamento dell'unità di offerta, anche in assenza di contratto con l'ASL per la remunerazione di prestazioni a carico del fondo sanitario regionale, produce in capo al soggetto gestore l'obbligo del mantenimento dei requisiti per l'esercizio e l'accreditamento previsti dal presente provvedimento e dalla normativa statale e regionale di riferimento. Il soggetto gestore, ai fini del mantenimento dello status di accreditato è in ogni caso altresì tenuto:

- ad adottare un modello organizzativo che permetta di distinguere i posti/prestazioni solo abilitati all'esercizio da quelli accreditati, al fine di favorire l'effettivo esercizio dell'attività di vigilanza e controllo da parte dell'ASL e la maggiore trasparenza nei confronti degli utenti rispetto al servizio erogato;
- a garantire l'assolvimento del debito informativo previsto dagli specifici requisiti di accreditamento, in particolare con riferimento a scheda struttura che diventa un obbligo correlato allo status di soggetto accreditato. A garantire anche la corretta tenuta e compilazione di fascicoli e schede utente (SoSIA, SIDi, SDO, nuovi sistemi di valutazione introdotti da successivi provvedimenti regionali) e delle liste d'attesa secondo le modalità stabilite dalla Regione;
- a garantire all'ASL:
 - a. l'accesso a tutti i locali dell'unità di offerta;
 - b. la possibilità di assumere informazioni dirette dal personale, dagli ospiti e dai loro familiari;
 - c. l'accesso alla documentazione relativa al rapporto di accreditamento o, comunque, rilevante ai fini dell'esercizio dell'unità di offerta, per verificare l'allineamento della gestione reale a quanto dichiarato nei diversi documenti;
- rispettare le procedure previste nei casi di variazione del soggetto gestore.

3.5. Revoca o decadenza dell'accreditamento

La revoca dell'accreditamento è disposta con Decreto della Direzione Generale regionale competente, che l'adotta sulla base della delibera del Direttore generale dell'ASL in applicazione della procedura prevista al paragrafo 2.1.4 del presente allegato.

La decadenza dell'accreditamento è ugualmente dichiarata con Decreto della Direzione Generale regionale competente, nel caso di cessazione dell'attività, decisa dal soggetto gestore, previa verifica da parte dell'ASL che siano state attivate le procedure per salvaguardare la continuità assistenziale degli utenti/ospiti dell'unità d'offerta da chiudere. Si prevede un termine di 90 di preavviso. Stessa procedura è prevista nel caso in cui entro 90 gg. dall'accreditamento l'attività non sia ancora avviata con l'effettiva presa in carico di ospiti/utenti.

La Direzione Generale regionale competente comunica via PEC all'ASL e al soggetto gestore interessato i provvedimenti di revoca e di decadenza dall'accreditamento, allineando ai provvedimenti adottati i contenuti del Registro delle unità di offerta sociosanitarie.

In applicazione della l.r. 3/2008 e della procedura di cui al punto 2.1.4 del presente allegato, fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, le unità d'offerta sociosanitarie incorrono nella sospensione o revoca dell'abilitazione all'esercizio o dell'accreditamento, previa diffida da parte dell'ASL ad adempiere entro un congruo termine qualora possibile, nei seguenti casi:

- quando sia esercitata l'attività in mancanza dei requisiti minimi;
- quando non venga garantito il mantenimento di uno o più requisiti di accreditamento;
- quando sono assegnate codifiche che, rispetto alle indicazioni regionali, non rappresentino in modo corretto la classificazione della fragilità degli utenti o l'appropriatezza delle prestazioni erogate;

Serie Ordinaria n. 23 - Venerdì 08 giugno 2012

- per il mancato, tardivo o incompleto, invio alla Regione o alla competente ASL delle comunicazioni o dei flussi informativi previsti dalla normativa vigente sull'accreditamento;
- per l'erogazione di prestazioni non previste tra quelle rispondenti alla tipologia di unità d'offerta;
- quando si verifichi la perdita del titolo di godimento dell'immobile sede dell'attività;
- per il mancato rispetto delle procedure previste nei casi di cambiamento del soggetto gestore.

— • —

I REQUISITI TRASVERSALI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO DELLE UNITÀ DI OFFERTA SOCIO SANITARIE

Indice

CAPITOLO 1 - I REQUISITI TRASVERSALI DI ESERCIZIO

- 1.1. *I requisiti minimi per l'esercizio delle unità di offerta della rete socio sanitaria*
- 1.2. *Requisiti soggettivi riferiti al legale rappresentante del soggetto gestore*
- 1.3. *I requisiti strutturali*
- 1.4. *I requisiti tecnologici*
- 1.5. *I requisiti organizzativi e gestionali*

CAPITOLO 2 - I REQUISITI TRASVERSALI DI ACCREDITAMENTO

- 2.1. *I requisiti trasversali soggettivi*
 - 2.1.1. *I requisiti soggettivi dei componenti degli organi di amministrazione dell'ente*
 - 2.1.2. *Requisiti soggettivi del soggetto gestore*
 - A) *Requisiti inerenti la forma giuridica del soggetto gestore*
 - B) *Requisiti inerenti l'affidabilità economica finanziaria del soggetto gestore*
- 2.2. *I requisiti trasversali di accreditamento organizzativi e gestionali*
 - 2.2.1. *Progetto individualizzato*
 - 2.2.2. *Fascicolo socio assistenziale e sanitario*
 - 2.2.3. *Il D. Lgs. 231/2001*
 - 2.2.4. *Polizza assicurativa per responsabilità civile*
 - 2.2.5. *La Carta dei servizi*
 - 2.2.6. *Il contratto di ingresso*

CAPITOLO 1 - I REQUISITI TRASVERSALI DI ESERCIZIO

1.1. *I requisiti minimi per l'esercizio delle unità di offerta della rete socio sanitaria*

Ai fini dell'esercizio, l'unità d'offerta deve possedere i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali di cui al d.p.r. 14 gennaio 1997. Il soggetto gestore deve altresì garantire il possesso dei requisiti minimi specifici stabiliti dalla normativa regionale vigente in relazione alle singole tipologie di unità di offerta socio sanitarie, come individuate dalla DGR VIII/7438 del 13/06/2008 recante "Determinazioni in ordine all'individuazione delle unità di offerta socio sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 2 della l.r. 3/2008".

In particolare, in ottemperanza al d.p.r. 14 gennaio 1997, il soggetto gestore deve garantire l'adozione di un sistema informativo finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con gli obiettivi di:

- *sostanziale e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e della azienda;*
- *fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza;*
- *rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovra-ordinati.*

1.2. *Requisiti soggettivi riferiti al legale rappresentante del soggetto gestore*

Per l'esercizio di tutte le unità di offerta socio sanitarie è richiesto il possesso dei seguenti requisiti soggettivi riferiti alla persona del legale rappresentante del soggetto gestore:

- a) *non aver riportato condanne disposte con sentenza passata in giudicato, ovvero decreto penale di condanna divenuto irrevocabile oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta ex art. 444 c.p.p. per reati gravi contro la PA o in danno dell'Unione europea; in ogni caso non aver riportato condanne, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione ad un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio ovvero per reati commessi nell'esercizio di unità di offerta del sistema sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale;*
- b) *non essere incorso nell'applicazione della pena accessoria dell'interdizione da una professione, dai pubblici uffici o altra sanzione che comporti il divieto di contrattare con la pubblica amministrazione;*
- c) *non avere in corso procedimenti penali pendenti sui reati di cui alle precedenti lettere;*
- d) *non essere sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di prevenzione;*
- e) *non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto alle norme in materia di sicurezza e di ogni altro*

Serie Ordinaria n. 23 - Venerdì 08 giugno 2012

- f) obbligo derivante dai rapporti di lavoro;
- f) non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali;
- g) non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse;
- h) 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;
- i) non essere soggetto rientrante nelle altre fattispecie previste dall'art.38 del decreto legislativo n.163/2006 (codice appalti pubblici);
- j) non rientrare nelle fattispecie previste dalla legge 31 maggio 1965 n. 575 e s.m.i. recante Disposizioni contro la mafia.

Al fine della verifica di sussistenza dei requisiti soggettivi il certificato penale, il certificato dei carichi pendenti e il certificato antimafia sono obbligatoriamente sostituiti dalle relative autocertificazioni in conformità a quanto previsto dal DL 9 febbraio 2012 n.5.

1.3. 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.

L'immobile deve risultare conforme alla disciplina statale e regionale vigente in materia di edilizia, di sicurezza e di accessibilità e possedere tutti i requisiti previsti dalla specifica normativa regionale per l'esercizio.

Nel caso in cui 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.

1.4. I requisiti tecnologici

L'esercizio dell'attività presuppone il pieno possesso dei requisiti tecnologici previsti dalle normative statali e regionali, specifiche per ogni unità di offerta. Si richiamano, a titolo esemplificativo i seguenti requisiti di carattere tecnologico: impianti gas medicali, impianto di chiamata, condizioni micro climatiche ecc.

1.5. I requisiti organizzativi e gestionali

In funzione della attività che si intende avviare, deve essere data evidenza dell'adeguatezza:

- dell'organizzazione del servizio;
- delle procedure assistenziali adottate;
- della quantità e qualità della dotazione di personale prevista per l'assolvimento delle prestazioni e dell'applicazione dei CCNL sottoscritti da OO.SS. maggiormente rappresentative su scala nazionale e regionale;
- delle competenze e delle specifiche professionalità impiegate nell'unità d'offerta nonché dell'utilizzo di idonei profili professionali previsti dai CCNL sottoscritti da OO.SS. maggiormente rappresentative su scala nazionale e regionale;

Dalla documentazione deve risultare la conformità dell'organizzazione dell'assistenza a quanto previsto dalla normativa statale e regionale specifica per ogni unità di offerta.

Per le nuove assunzioni di personale, non sono più ammesse di norma le deroghe in ordine al possesso dei titoli professionali in precedenza previste dai provvedimenti di definizione dei requisiti riferiti alle singole unità di offerta.

Si richiamano qui in particolare gli obblighi derivanti dal D.lgs. n. 81 del 9/4/2008 recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" che ha introdotto il vincolo per gli enti gestori di tutte le strutture residenziali, sia pubbliche che private, equiparabili a quelle di ricovero e cura, con oltre 50 lavoratori, di istituire il servizio di prevenzione e protezione all'interno della azienda. Per queste strutture il responsabile del servizio di prevenzione e protezione deve essere interno, titolare di contratto di lavoro subordinato.

Il soggetto gestore abilitato all'esercizio di una unità di offerta socio sanitaria è tenuto, con riferimento alle prestazioni che prevedono la compartecipazione da parte dell'assistito, al rilascio annuale delle certificazioni delle rette ai fini fiscali; è tenuto altresì ad adottare modalità di fatturazione della retta tali da consentire alla famiglia la conoscenza della natura dei costi che gli vengono addebitati, secondo un criterio di trasparenza.

In tutte le unità d'offerta sociosanitarie devono essere adottati sistemi di rilevazione della customer satisfaction.

CAPITOLO 2 - I REQUISITI TRASVERSALI DI ACCREDITAMENTO

2.1. I requisiti trasversali soggettivi :

2.1.1 I requisiti soggettivi dei componenti degli organi di amministrazione dell'ente

Ai fini dell'accreditamento, i componenti degli organi amministrativi dell'Ente devono possedere i requisiti soggettivi previsti dal cap. 1, par. 1.2, per la persona del legale rappresentante del soggetto gestore.

2.1.2 I requisiti soggettivi del soggetto gestore

A) Requisiti inerenti la forma giuridica del soggetto gestore

Ai fini dell'accreditamento è richiesta la personalità giuridica, pubblica o privata in capo al soggetto gestore di unità di offerta socio sanitarie.

B) Requisiti inerenti l'affidabilità economica finanziaria del soggetto gestore

Al fine di garantire al cittadino un adeguato livello di qualità dei servizi sociosanitari e la continuità assistenziale, si rende necessario che il soggetto gestore assicuri una certa capacità e solidità finanziaria, nonché un'adeguata trasparenza organizzativa.

Gli enti gestori devono pertanto garantire mezzi adeguati all'assolvimento dei propri debiti verso i fornitori, i dipendenti e le banche.

Documento contabile finanziario

Tutti i soggetti gestori di unità di offerta sociosanitarie, devono essere in possesso di un **documento contabile-finanziario** sottoposto a verifica da parte di un organo di controllo.

Organo di controllo

Obbligo di istituire un **organo di controllo**, collegio sindacale o revisore contabile, a cui verrà richiesto di relazionare sulla attendibilità di bilancio nonché su aspetti specifici. Gli organismi accreditati dovranno avere la presenza di un organo di controllo, composto da professionisti iscritti nello specifico Registro dei Revisori Contabili. Tale organo è tenuto nel corso dell'esercizio ad effettuare, per obbligo di legge, specifici controlli trimestrali sulla tenuta della contabilità, sulla regolarità e correttezza delle procedure e scritture contabili, sul corretto adempimento degli obblighi tributari e previdenziali nonché ad attestare la correttezza e la veridicità del bilancio esprimendo un giudizio come previsto dalle procedure di revisione. Ciò significa, per gli organismi che non hanno già il collegio sindacale per legge o per scelta, introdurre la presenza di un Revisore Contabile così come previsto agli artt. 2409 bis e 2477 del Codice Civile.

Documento che attesta l'affidabilità e la solvibilità

Tutti i soggetti gestori devono garantire la propria affidabilità e solvibilità autocertificando l'inesistenza di situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi di Banca d'Italia (**Circolare n. 139 dell'11.2.1991, aggiornato al 29 aprile 2011 - 14° aggiornamento**).

Altri requisiti di affidabilità

I soggetti gestori devono garantire il possesso dei seguenti requisiti:

- assenza di stato di fallimento;
- assenza di liquidazione coatta;
- assenza di concordato preventivo;
- assenza di procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- rispetto degli obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse, secondo la legislazione nazionale;
- rispetto degli obblighi relativi al pagamento degli emolumenti e degli incrementi previsti dai rinnovi contrattuali e dei contributi previdenziali nonché di tutti gli obblighi derivanti;
- rispetto delle norme che disciplinano il diritto dal lavoro dei disabili (Legge n.68 del 12 Marzo 1999, articolo 17).

I soggetti gestori dotati di personalità giuridica pubblica, restano obbligati ad assicurare tutti i documenti contabili e i controlli già per essi previsti dall'ordinamento.

2.2. I requisiti trasversali di accreditamento organizzativi e gestionali2.2.1. Progetto individualizzato

Tutte le unità d'offerta devono essere in possesso di un documento di descrizione della procedura di presa in carico dell'assistito, di elaborazione del Piano assistenziale (comunque denominato: Piano assistenziale individualizzato - PAI- Piano educativo individualizzato - PEI - , Piano di riabilitazione individualizzato - PRI - etc.....) e di avvio dell'assistenza che declini fasi, tempi e operatori coinvolti.

2.2.2. Fascicolo socio assistenziale e sanitario

Tutte le unità di offerta devono adottare un fascicolo socio assistenziale e sanitario per la tenuta e l'aggiornamento delle informazioni sulla persona assistita, completo di consenso informato dell'assistito/ tutore/curatore o amministratore di sostegno.

Il FaSaS è composto almeno da:

1. sezioni anamnestiche;
2. strumenti validati in uso per le valutazioni (scale di valutazione) e relativa classificazione ove prevista;
3. valutazioni dei diversi professionisti (esame obiettivo, scheda infermieristica, riabilitativa, sociale, psicologica, educativo-animativa);
4. progetto individuale (PAI, PEI, PRI, pri, etc.);
5. diario degli eventi ed interventi;
6. documentazione/modulistica riferita ad aspetti assistenziali.

Il FaSaS deve essere costantemente aggiornato e debitamente compilato. Il fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario contiene il diario socio-sanitario nel quale sono documentati gli eventi riguardanti l'evoluzione del percorso dell'utente all'interno dell'unità d'offerta, sono registrati i trattamenti diagnostici, terapeutici, farmacologici, assistenziali, riabilitativi, educativi, animativi effettuati. Variazioni delle condizioni di salute dell'utente e le eventuali modifiche, motivate, al piano di cura devono essere segnalate tempestivamente. Ogni registrazione in diario deve essere corredata di data, ora e firma (anche sigla, se esiste siglatario aziendale) dell'estensore. Il redattore della nota deve essere sempre identificabile. Particolare attenzione deve essere posta con riguardo alla tracciabilità puntuale dei farmaci somministrati agli utenti.

2.2.3. Il D. Lgs. 231/2001

L'applicazione del Decreto Legislativo n. 231 dell' 8/06/2001 inerente la "responsabilità degli enti" e recante "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni, anche prive di personalità giuridica, a norma dell'art. 11 della legge 29/09/2000, n. 300" ai soggetti gestori di unità di offerta sociosanitarie residenziali è da intendersi come ulteriore garanzia dell'efficienza e della trasparenza dell'operato sia della Regione che dell'ente accreditato, con lo scopo di migliorarne l'organizzazione e l'efficienza di funzionamento. Il sistema di "compliance" 231 deve rispettare i principi di efficacia, specificità e attualità, e si integra al sistema di vigilanza e controllo esistente nella logica della semplificazione e dell'implementazione di strumenti operativi di governo della sussidiarietà, e si articola nei seguenti elementi di base:

- Codice Etico

Il codice etico costituisce uno strumento importante per l'attuazione di politiche di Responsabilità Sociale e fissa le regole di comportamento cui debbono attenersi i destinatari nel rispetto dei valori e dei Principi Etici enunciati dalle Leggi e dai Regolamenti della Repubblica Italiana; descrive la mission dell'ente e le regole che lo stesso si pone al fine del raggiungimento dei suoi obiettivi. Entra a pieno titolo nell'ordinamento dell'ente e rappresenta il complesso dei diritti e dei doveri morali e la conseguente responsabilità etico-sociale di ogni partecipante alla organizzazione. Ha l'ulteriore obiettivo di attestare la prevenzione rispetto a comportamenti irresponsabili e/o illeciti da parte di chi opera in nome e per conto dell'ente perché definisce l'ambito delle responsabilità etiche e sociali di tutti gli operatori. Non sostituisce e non si sovrappone alle norme legislative e regolamentari esterne ed interne, ma nell'azione di integrazione e di rafforzamento dei principi contenuti in tali fonti, introduce modelli organizzativi e comportamentali

Serie Ordinaria n. 23 - Venerdì 08 giugno 2012

volti ad impedire ed ostacolare condotte "criminoso" o che portino indebiti vantaggi. E' strumento per migliorare la qualità di servizi in quanto incentiva condotte coerenti con i principi e le regole in esso contenute, nonché strumento di comunicazione verso tutti i componenti l'organizzazione, permettendo nel contempo agli stakeholder esterni di conoscere i principi informatori dell'ente, e la possibilità quindi di richiederne una più puntuale attuazione.

Senza obiettivo di esaustività, Codice Etico si basa su principi di:

- *Rispetto delle norme*
- *Onestà*
- *Imparzialità*
- *Riservatezza*
- *Rispetto della persona*
- *Rispetto dell'ambiente*
- *Coinvolgimento*
- *Lavoro di squadra*
- *Efficienza*
- *Trasparenza*

Il Codice Etico è oggetto di specifica formazione per tutti i collaboratori dell'ente, e viene comunicato a tutte le terze parti che hanno rapporti contrattuali con l'ente, anche tramite la sua pubblicazione.

- Modello organizzativo

I principi informatori del modello organizzativo da attuare in forza del Decreto Legislativo n. 231 dell'8/06/2001 sono i seguenti:

- sistema organizzativo sufficientemente chiaro e formalizzato, soprattutto per quanto attiene l'attribuzione di responsabilità, le linee di dipendenza gerarchica e la descrizione dei compiti;
- separazione di funzioni tra chi autorizza un'operazione e chi la contabilizza, la esegue operativamente e la controlla in coerenza con la dimensione e l'articolazione organizzativa dell'ente;
- assegnazione di poteri autorizzativi e di firma in coerenza con le responsabilità organizzative e gestionali definite;
- registrazione, autorizzazione e verifica di ogni operazione, e relativo controllo di legittimità, coerenza e congruenza.

Il modello organizzativo si articola in due parti: generale e speciale. Il modello organizzativo parte generale descrive la disciplina di riferimento, l'assetto organizzativo dell'ente, il sistema di *Governance* (tra cui il sistema disciplinare), prevede un'attività di formazione dei dipendenti in relazione alla disciplina della responsabilità degli enti ed elabora i risultati della fase "risk assessment". La parte speciale si articola in presidi come procedure, protocolli, ordini di servizio specificamente adottati per la gestione del rischio di commissione di reati di cui al decreto legislativo n. 231/2001, con particolare riferimento alle aree caratteristiche (es. flussi e debiti informativi, tariffazione, somministrazione dei farmaci, cura degli ospiti, salute e sicurezza sul posto di lavoro, smaltimento rifiuti, ecc.) e alle procedure strumentali al funzionamento dei processi caratteristici (es. acquisti, conferimento di incarichi di consulenza, ecc.). Le procedure devono evidenziare i flussi di informazione previsti verso l'organismo di vigilanza.

Il modello organizzativo va corredato da documenti di analisi dei rischi, prodotti preferibilmente in forma autonoma, che devono contenere obbligatoriamente la mappatura dei rischi, redatta in forma specifica ed esaustiva e non meramente descrittiva o ripetitiva del dettato normativo. Nella mappatura dei rischi, vanno dunque contenuti tutti gli elementi che portano alla valutazione del rischio complessivo dell'ente e della sua compliance come ad esempio:

- l'analisi delle funzioni e le attività svolte esaminate secondo l'esposizione al rischio "231";
- l'analisi delle voci di conto economico e patrimoniali che fungono da "sensore" del livello di criticità dei processi strumentali al potenziale compimento dell'illecito 231 come ad esempio gli acquisti di beni e servizi, i finanziamenti in varia forma che provengono dalla Pubblica Amministrazione, l'affidamento di incarichi di consulenza, gli incarichi a dipendenti pubblici ed incaricati di pubblico servizio, le spese di rappresentanza degli amministratori e degli apicali, gli omaggi, le assunzioni di personale e le collaborazioni a vario titolo.

Il modello organizzativo deve dunque prevedere, in relazione alle diverse tipologie di reati (valutati "sensibili" tramite la c.d. "analisi/mappatura dei rischi" nell'ambito dell'attività dell'ente), specifici presidi capaci di evitare il rischio di commissione dei reati tipici previsti dalla normativa di cui al decreto legislativo n. 231/2001.

A mero titolo esemplificativo, in ogni modello organizzativo vi sarà senz'altro un protocollo, una procedura o un ordine di servizio relativo alla condotta inerente i rapporti dell'ente con la Pubblica Amministrazione.

- Organismo di Vigilanza

L'organismo di vigilanza deve rispettare i requisiti di autonomia, indipendenza e continuità previsti dalla giurisprudenza in materia. A questo proposito se ne auspica la collegialità della composizione e, con riguardo al suo funzionamento, se ne raccomanda la regolamentazione mediante uno specifico regolamento approvato dall'organo di amministrazione dell'ente.

- Debiti Informativi verso ASL

L'Organismo di vigilanza deve inviare entro il 31 dicembre di ogni anno all'Asl competente una relazione annuale dell'attività svolta con particolare riferimento al rispetto dei requisiti richiesti in materia di esercizio ed accreditamento nonché dalla normativa regionale.

2.2.4. Polizza assicurativa per responsabilità civile

L'ente gestore deve stipulare, in data non successiva alla presentazione della SCIA, una polizza assicurativa per responsabilità civile che lo tuteli l'assicurato da effetti negativi di carattere economico che potrebbero derivare da eventuali danni provocati agli utenti del servizio, agli operatori o ad altri soggetti terzi, e imputabili alla sua responsabilità o alla responsabilità di soggetti di cui questi debba rispondere.

2.2.5. La Carta dei servizi

Come già previsto dall'art. 9 della l.r. 3/2008 per la rete delle unità di offerta socio assistenziali accreditate, anche le unità di offerta sociosanitarie, ai fini dell'accreditamento, si dotano della Carta dei servizi. La carta dei servizi è lo strumento diretto ad assicurare la trasparenza dell'attività amministrativa e ad informare i soggetti che fruiscono della rete sulle condizioni che danno diritto all'accesso e sulle modalità di erogazione delle prestazioni, nonché sulle condizioni per facilitarne la valutazione da parte degli utenti e sulle procedure per la loro tutela nei casi di inadempienza. La Carta dei servizi deve rispettare i contenuti minimi già previsti dalle specifiche deliberazioni regionali che hanno indicato i requisiti di accreditamento specifici delle singole unità di offerta, nonché quanto stabilito con successivo provvedimento attuativo della Direzione Generale regionale competente in ottemperanza ai principi previsti dalla presente deliberazione.

In particolare il provvedimento attuativo dovrà indicare come:

- dare trasparenza circa l'entità dell'eventuale partecipazione al costo da parte degli utenti, laddove previsto, in aderenza a quanto dichiarato sui siti aziendali ASL e con quanto sottoscritto nell'eventuale contratto di ingresso;

- esplicitare le procedure di ammissione/dimissione degli utenti;
- le modalità con cui assicurare i diritti delle persone assistite;
- le modalità con cui garantire il riconoscimento degli operatori da parte dell'assistito;

Al fine di facilitare la comunicazione con le famiglie, si richiede alle strutture che dispongono di sito web, di pubblicarvi la carta dei servizi. In ogni caso, la struttura dovrà fornire alla ASL di competenza la carta dei servizi in formato elettronico, al fine di permetterne la pubblicazione sul sito web della stessa ASL.

2.2.6. Il contratto di ingresso

Le unità di offerta in cui è prevista la compartecipazione al costo da parte degli utenti, sono tenute, ai fini dell'accreditamento, ad assicurare l'uniformità del proprio contratto di ingresso ai contenuti stabiliti dal presente provvedimento e dal successivo provvedimento attuativo della Direzione Generale regionale competente, in attuazione di quanto previsto dall'art. 8 comma 11 della Legge regionale 3/2008 come modificato dall'art. 1 della LR 2/2012. Il provvedimento attuativo assicura che il contratto di ingresso sia funzionale a garantire all'assistito omogeneità di trattamento sul territorio lombardo con riferimento agli ambiti di maggiore criticità nella disciplina dei rapporti giuridici ed economici con il soggetto gestore.

In particolare si ritiene opportuno evidenziare l'importanza che assume il contratto di ingresso 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.

La sottoscrizione del contratto prevede l'individuazione dei soggetti abilitati a firmarlo, tenuto conto che possono ricorrere diverse ipotesi: l'assistito personalmente o il tutore o l'amministratore di sostegno.

Relativamente alla sezione economica si dovranno indicare tutti i soggetti che compartecipano alla copertura della retta assistenziale, riportando in maniera dettagliata gli oneri posti a carico di ciascuna parte (il soggetto stesso, familiari, tutore, il Comune, eventuali altri soggetti).

Con successivo provvedimento regionale verrà definito uno schema tipo di contratto di ingresso per le diverse unità d'offerta. Potranno essere inserite eventuali clausole integrative, sentita la ASL territorialmente competente e nel pieno rispetto delle disposizioni regionali in materia.

Il provvedimento attuativo dovrà disciplinare:

1. le prestazioni ed adempimenti 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, rilascio delle certificazioni delle rette ai fini fiscali, preavviso sulle dimissioni, ecc.);
2. gli adempimenti a carico del soggetto fruitore delle prestazioni e/o del soggetto che compartecipa al pagamento della retta assistenziale (rispetto del regolamento interno delle unità d'offerta, il pagamento della retta e le relative modalità, anche nei casi di provvisoria assenza dall'unità d'offerta, il preavviso per dimissione, il versamento di eventuali depositi cauzionali, ecc.);
3. le ipotesi di recesso e di risoluzione del contratto e le modalità di risoluzione delle controversie.

LA VIGILANZA E IL CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA SULLE UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIE**Indice****CAPITOLO 1 - PREMESSA SULL'ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO**

1.1. *Vigilanza sui requisiti soggettivi*

1.2. *Vigilanza sui requisiti strutturali e tecnologici*

1.3. *Vigilanza sui requisiti organizzativi e gestionali*

1.3.1. *Vigilanza: la specificità della verifica degli elementi gestionali*

1.4. *Controllo di appropriatezza*

1.4.1. *Controllo di appropriatezza assistenziale*

1.4.2. *Controllo di appropriatezza nella classificazione utente/prestazioni rese*

1.4.3. *Controllo di appropriatezza amministrativa*

1.4.4. *Controllo di appropriatezza assistenziale riferiti all'assistenza domiciliare integrata*

CAPITOLO 2 - L'ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO: COMPETENZE

2.1. *Competenze e ruoli della Regione Lombardia*

2.2. *Competenze e ruoli delle ASL*

CAPITOLO 3 - DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE

3.1. *La certificazione delle rette ai fini fiscali*

3.2. *Consenso informato e tutela*

CAPITOLO 1 - PREMESSA SULL'ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO

Le Aziende Sanitarie Locali esercitano la funzione di vigilanza e controllo nel rispetto delle indicazioni e delle linee guida definite dalla Regione.

L'esercizio dell'attività di vigilanza e di controllo dell'appropriatezza è finalizzato a:

- tutelare le persone che accedono alle unità d'offerta, soprattutto quelle in condizioni di maggior fragilità;
- verificare il corretto adempimento e rispetto delle regole vigenti;
- verificare l'efficacia e l'efficienza degli interventi;
- assicurare l'uso appropriato delle risorse;
- garantire la corretta competizione tra gli erogatori.

Le attività di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sociosanitarie devono essere organizzate secondo i seguenti principi:

- *programmazione*: l'attività deve essere programmata nell'ambito del piano annuale della vigilanza e dei controlli, approvato dal Direttore Generale dell'ASL con specifico provvedimento e trasmesso alla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale entro i termini stabiliti, dal quale devono emergere con chiarezza: le professionalità coinvolte, le procedure adottate, la precisa identificazione dei compiti, i sistemi di rendicontazione, secondo le regole definite dalla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale;
- *omogeneità*: attraverso l'utilizzo appropriato degli strumenti di vigilanza e controllo si garantisce l'uniformità di comportamento delle ASL nell'espletamento delle funzioni, permettendo il coordinamento e il monitoraggio dell'attività da parte della Regione;
- *completezza*: i piani di vigilanza e di controllo devono comprendere le diverse tipologie di unità d'offerta sociosanitarie e sociali, nonché i diversi status erogativi (autorizzati/abilitati, accreditati, contrattualizzati). L'attività di vigilanza si esplica altresì in occasione di eventi straordinari o sulla base di richieste specifiche degli uffici regionali.

Gli interventi nel settore della vigilanza e del controllo di appropriatezza devono essere comunque ricondotti all'ambito della programmazione, sia in caso di interventi preordinati sia nei casi di interventi estemporanei, dettati da fattori esterni. Anche l'evento straordinario deve essere previsto e disciplinato e deve pertanto rientrare nella programmazione, prevedendo apposite procedure interne per quanto riguarda la gestione di questi eventi.

Si possono individuare tre tipologie di interventi di vigilanza e controllo di appropriatezza:

- visite programmate;
- visite straordinarie, eseguite su segnalazioni o a seguito di richieste pervenute da altri enti;
- visite di carattere urgente, riferite all'attività svolta in occasione di eventi straordinari.

Nell'ambito dell'attività di vigilanza e controllo è deve essere garantita un'adeguata organizzazione aziendale delle ASL e l'adeguatezza di risorse umane e strumentali a tali funzioni.

Fatte salve le attività di verifica nell'ambito dell'istruttoria dei procedimenti relativi all'esercizio e all'accreditamento, ai fini della presente deliberazione, **si definisce attività di vigilanza** l'espletamento delle verifiche sul mantenimento dei requisiti soggettivi (del Legale Rappresentante e del Gestore), strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali, delle unità d'offerta sociosanitarie.

L'attività di vigilanza riguarda:

- il mantenimento dei requisiti di esercizio, di accreditamento, le disposizioni contrattuali propri delle diverse unità d'offerta;
- l'adempimento degli obblighi previsti per l'esercizio, l'accreditamento, ed il contratto propri delle diverse unità d'offerta.

Ai fini della presente deliberazione **si definisce attività di controllo di appropriatezza** l'ambito in cui è verificata l'erogazione delle prestazioni all'utente, sia in termini assistenziali che organizzativi. L'attività di controllo è anche finalizzata alla verifica della corretta classificazione degli utenti, in coerenza con le regole regionali per le specifiche tipologie di unità d'offerta.

Quindi, la vigilanza riguarda tutti quegli aspetti (riferiti alla struttura, all'ente gestore ed al suo legale rappresentante, all'organizzazione ed alla gestione dell'unità d'offerta) più di carattere generale e che hanno ricadute indirette sui destinatari delle prestazioni sociosanitarie; l'appropriatezza si riferisce invece all'assistenza diretta al singolo utente ed a tutti quei procedimenti o documenti specificamente rivolti ai singoli destinatari dei servizi.

Considerata la complementarietà delle due funzioni, è opportuno che le relative attività siano svolte dalle ASL in modo coordinato.

La vigilanza ed il controllo di appropriatezza riguardano tutte le unità d'offerta sociosanitarie, con attenzione particolare a quelle che presentano le maggiori criticità, in conformità a "codici di rischio" definiti a livello regionale e/o territoriale.

La vigilanza ed il controllo di appropriatezza sono compiuti attraverso l'esame documentale e ispezioni in loco. In quest'ultimo caso, deve essere redatto esatto verbale che dia conto, in particolare, dei seguenti elementi:

- individuazione degli operatori ASL incaricati dell'ispezione;
- individuazione dei soggetti rappresentanti dell'unità d'offerta presenti alla visita;
- tempi di esecuzione ovvero la data e l'ora d'inizio e fine visita;
- obiettivi ed il campo di azione dell'intervento;
- gli elementi verificati, le evidenze raccolte ed i risultati delle rilevazioni;
- eventuale documentazione acquisita agli atti;
- eventuali dichiarazioni dei presenti al sopralluogo e l'eventuale rifiuto alla sottoscrizione da parte del gestore o dei presenti.

La descrizione della situazione di fatto accertata è l'atto centrale del sopralluogo, in quanto deve fedelmente ed oggettivamente rappresentare lo stato dei luoghi e delle cose ispezionate, i documenti esaminati e/o acquisiti sul posto. Di quanto rilevato si deve dare atto nel verbale di sopralluogo. L'utilizzo del verbale è di centrale importanza e condiziona l'efficacia del sopralluogo. L'utilizzo di check list non deve pregiudicare la valutazione e la registrazione di altri aspetti d'interesse che dovessero emergere nel corso dell'ispezione.

Il verbale di sopralluogo deve essere sempre redatto, almeno in triplice copia, a conclusione di ogni visita ispettiva e dovrà contenere tutti gli elementi emersi nel corso del sopralluogo. Il verbale potrà essere sottoscritto dal legale rappresentante del soggetto gestore o da un suo incaricato che potranno richiedere l'inserimento nel verbale di eventuali dichiarazioni. Una copia del verbale dovrà essere rilasciata alla persona presente incaricata dall'ente gestore al termine del sopralluogo.

Il verbale è considerato un atto a se stante e non può essere integrato.

Eventuali atti conseguenti, a carattere prescrittivo o sanzionatorio, dovranno essere adottati con provvedimenti distinti dal verbale.

Anche al fine di rendere omogenei i comportamenti dei servizi vigilanza e controllo (di seguito: servizi vigilanza) nell'esercizio delle proprie attività istituzionali, si provvederà a standardizzare gli strumenti utilizzati dagli operatori delle ASL. Con successivi atti regionali attuativi verranno definiti i modelli base che le ASL dovranno utilizzare sia per l'attività di vigilanza sia per quella del controllo di appropriatezza.

Sono previste verifiche in merito a:

- possesso e mantenimento dei requisiti d'esercizio/accreditamento;
- corretto adempimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente;
- appropriatezza dell'erogazione dei servizi/prestazioni;
- corretta classificazione degli utenti;
- correttezza della rendicontazione economica dei servizi e delle prestazioni erogati;
- rispetto di ogni altra obbligazione assunta mediante la stipulazione del contratto e di eventuali contratti integrativi.

L'attività viene svolta dalle ASL, nel rispetto delle regole e degli strumenti definiti da Regione Lombardia, nonché da strumenti adottati dalle aziende stesse, volti a rilevare particolari situazioni di rischio individuate sulla scorta di analisi delle criticità del territorio di competenza.

Le ASL esercitano la funzione di verifica nell'ambito delle istruttorie dei procedimenti abilitativi, dei procedimenti connessi al cambiamento dei soggetti gestori di unità d'offerta, dei procedimenti aperti a seguito di istanze di accreditamento istituzionale e della messa a contratto.

La funzione di vigilanza in senso stretto è, invece, connessa alle verifiche del mantenimento dei requisiti abilitativi, di accreditamento istituzionale e del rispetto delle clausole contrattuali sottoscritte, nonché degli adempimenti previsti per i tre diversi status erogativi.

Le ASL sono tenute alla rendicontazione dell'attività (in termini di strutture visitate, tipologia di verifica effettuata, eventuali rettifiche richieste ai gestori, sanzioni applicate, etc.) alla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale nel rispetto delle indicazioni riportate nei provvedimenti regionali.

La vigilanza ed il controllo di appropriatezza esercitati dalle ASL riguardano sia le unità d'offerta solo abilitate all'esercizio, sia quelle accreditate, nonché quelle contrattualizzate.

Gli aspetti da sottoporre a verifica, in relazione ai diversi status erogativi così come le periodicità dei controlli, sono definiti nei paragrafi che seguono.

1.1. Vigilanza sui requisiti soggettivi

Il mantenimento dei requisiti soggettivi deve essere attestato dall'erogatore mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 da presentarsi annualmente all'ASL di competenza.

L'ASL accerta, secondo percentuali e indicazioni disposte con successivi atti regionali attuativi, il possesso dei requisiti così attestati nonché dei requisiti di accreditamento previsti in capo al soggetto gestore richiedendo agli uffici competenti le verifiche di legge su quanto autocertificato.

In caso di presentazione di falsa dichiarazione o falsa documentazione fermo restando l'obbligo di segnalazione all'autorità giudiziaria competente, l'ASL, in considerazione della rilevanza o della gravità dei fatti oggetto di falsa dichiarazione o della presentazione di falsa documentazione, previo contraddittorio con l'erogatore, dispone la revoca del titolo abilitativo secondo la procedura di cui al punto 2.1.4. dell'Allegato A).

1.2. Vigilanza sui requisiti strutturali e tecnologici

Per requisito strutturale e tecnologico si definisce la dotazione minima di ambienti, impianti ed attrezzature definite dal DPR 14 gennaio 1997 e/o dalle norme regionali specifiche per ogni unità d'offerta.

Fatte salve le diverse disposizioni dettate dalla normativa regionale, la generalità delle unità d'offerta sociosanitarie devono soddisfare i seguenti requisiti strutturali e tecnologici generali:

- agibilità;
- protezione antisismica;
- adempimenti alle normative in materia di protezione antincendio;

Serie Ordinaria n. 23 - Venerdì 08 giugno 2012

- protezione acustica;
- adempimenti alle normative in materia di sicurezza degli impianti elettrici e continuità elettrica;
- adempimento alla normativa inerente la sicurezza anti-infortunistica;

- adempimenti alla normativa inerente l'igiene e la sicurezza dei luoghi di lavoro;
- protezione dalle radiazioni ionizzanti;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- smaltimento rifiuti;
- condizioni microclimatiche;
- impianti distribuzione dei gas;
- materiali esplosivi.

Si rimanda alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali. L'erogatore deve altresì produrre documentazione concernente il titolo di godimento dell'immobile adibito a unità d'offerta. In caso di contratto di locazione o comodato d'uso è necessario monitorare la scadenza contrattuale, in maniera tale che la durata residua non determini disagi all'utenza.

Con successivo provvedimento attuativo saranno indicate le modalità di verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti.

Ai fini della verifica documentale occorre che il documento sia presente in copia autentica o copia conforme all'originale e sia formalmente corretto, ovvero datato, firmato e timbrato da figura abilitata.

La periodicità dei controlli deve essere garantita almeno ogni due anni.

I requisiti strutturali e tecnologici generali di cui al presente paragrafo devono essere posseduti sia dalle sedi principali di erogazione che da quelle definite "periferiche" o "staccate", riconducendo invece i requisiti gestionali alle sedi principali.

Si precisa inoltre che, in caso di presenza di cucina o di mensa, deve essere prodotta la relativa autorizzazione sanitaria, denuncia di inizio attività o segnalazione certificata di inizio attività.

Per quanto attiene le unità d'offerta ADI, ove nella maggior parte dei casi non sono previsti spazi dedicati all'accoglienza dell'utenza, è necessaria la verifica degli ambienti ai sensi delle norme di igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro, tenendo in considerazione la necessità di ambienti adatti alla conservazione della documentazione amministrativa e sanitaria. Laddove nelle sedi delle unità di offerta ADI siano presenti spazi assimilabili alle caratteristiche di ambulatori o di magazzini di stoccaggio materiali, farmaci, ecc. dovranno essere rispettate le specifiche indicazioni normative. Con apposito provvedimento regionale sono definiti i requisiti strutturali e tecnologici che devono possedere le unità d'offerta ADI.

1.3. Vigilanza sui requisiti organizzativi e gestionali

Per requisito organizzativo e gestionale si intende ogni requisito previsto dal DPR 14 gennaio 1997 e/o dalle norme regionali specifiche per ogni unità d'offerta.

La vigilanza sugli aspetti organizzativi e gestionali si esplicita nella verifica del mantenimento dei requisiti di abilitazione, di accreditamento, ogni qualvolta se ne ravveda la necessità e, comunque, almeno una volta all'anno.

Il controllo dei requisiti organizzativi si esplica attraverso la verifica della coerenza tra la documentazione e quanto effettivamente riscontrato.

A tal fine è necessario accertare:

- l'esistenza di un documento approvato dal legale rappresentante o dal CdA o da altro organismo del gestore con poteri, nella materia, decisionali e di indirizzo. Il documento deve tracciare gli obiettivi del gestore in relazione alla/e unità d'offerta, specificando i servizi che intende erogare e la popolazione target dell'intervento. Il documento comprende la declinazione dell'organigramma e del funzionigramma dell'ente gestore e dell'unità d'offerta oggetto della verifica;
- che nel documento siano descritte le modalità di selezione del personale, la corretta applicazione del CCNL, le metodologie per il contenimento del turnover, le procedure e gli interventi adottati per sostituzioni del personale in caso di assenze programmate o impreviste. La verifica della coerenza sarà orientata particolarmente alla correttezza dei rapporti di lavoro con il personale, nonché all'attuazione dei procedimenti di sostituzione del personale direttamente coinvolto nel garantire la continuità dell'assistenza;
- che nel documento siano descritte quantitativamente e qualitativamente le risorse umane ritenute necessarie alla gestione dell'unità d'offerta. La coerenza è verificata attraverso la valutazione della turnistica rilevata presso l'unità d'offerta e con la cartellonistica esposta al pubblico. L'elemento cardine del controllo è comunque la presenza dello standard gestionale previsto dalla normativa regionale. Inoltre si dovrà verificare che, nel documento, sia trattata la materia della reperibilità (medica o di altra qualifica) e di come sia garantita la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici ecc.), considerandola come requisito di funzionamento;
- la presenza delle qualifiche a standard e, se del caso, la loro ripartizione percentuale o per funzione, il possesso dei titoli previsti per le diverse qualifiche e, nei casi richiesti, l'iscrizione agli ordini professionali;
- l'esistenza di un piano di formazione per il personale della specifica unità d'offerta e verificandone l'attuazione tramite il deposito degli attestati, almeno per l'annualità precedente al momento del controllo. La formazione da considerare deve avere come oggetto gli specifici campi di intervento/interesse del personale per la popolazione target dell'unità d'offerta;
- la presenza e l'utilizzo, di strumenti per la rilevazione della customer satisfaction (per gli operatori, gli utenti, i famigliari), la cadenza di somministrazione, la diffusione e pubblicazione dei risultati;
- l'effettuazione della manutenzione delle apparecchiature mediche attraverso il controllo dei registri della manutenzione ordinaria;
- l'adozione di apposite procedure che assicurino la tracciabilità del processo riferito all'approvvigionamento, conservazione, tenuta, somministrazione e smaltimento dei farmaci;
- l'adozione di materiale informativo e/o della Carta dei Servizi, completa ed aggiornata nei suoi elementi di interesse precipuo del cittadino (organizzazione, specialità presenti, servizi resi o disponibili, modalità d'accesso, costi, ect.) e adeguatamente diffusa;
- l'adozione di strumenti gestionali finalizzati al rilascio delle certificazioni delle rette ai fini fiscali;
- la trasparenza dei criteri di costituzione delle eventuali liste d'attesa all'accesso;
- la presenza di linee guida per i principali processi assistenziali, e in ogni caso per quelli previsti dalla normativa regionale, verificando la presenza di piani di diffusione e loro attuazione, verificandone la conoscenza da parte del personale dell'unità d'offerta attraverso lo strumento dell'intervista a campione. E' necessario accertare la conservazione delle linee guida o protocolli assistenziali in luoghi accessibili agli addetti all'assistenza nonché prossimi agli ambienti ove si svolge l'attività d'assistenza;
- l'esistenza di un piano educativo e di animazione. Le unità d'offerta sociosanitarie che si occupano dell'assistenza di anziani e disabili, devono dotarsi di un piano educativo, di animazione e socializzazione che tenga in considerazione gli interessi, le abitudini di vita e le capacità residue degli utenti. Gli interventi devono essere il più possibile personalizzati, non limitarsi a momenti ludico-ricreativi o alla proposta di attività di gruppo standardizzate. Si sottolinea inoltre la necessità di

formulare proposte educativo-animative pensate su bisogni, capacità, interessi, abitudini di vita anche di quell'utenza meno coinvolgibile in attività di gruppo;

- l'applicazione dei protocolli di accoglienza attraverso l'analisi della documentazione sociosanitaria;
- la definizione di modalità di compilazione della documentazione sociosanitaria, prevedendo l'accessibilità e la compilazione per le diverse figure professionali, e che le indicazioni date trovino attuazione nella pratica quotidiana dell'unità d'offerta. E' necessario verificare che gli interventi effettuati e registrati riportino sempre data, ora e firma dell'addetto. Il gestore si farà carico di conservare registro contenente il deposito delle firme e delle sigle del personale titolato alla compilazione del fascicolo socio assistenziale e sanitario. E' necessario verificare che la tenuta della documentazione sociosanitaria sia rispettosa delle norme regionali che hanno orientato l'intervento del "sistema regione" alla consapevolezza "dell'unitarietà" della persona. Il FaSAS deve pertanto essere unico e contenere la registrazione di tutti gli interventi attuati con/sulla persona;
- la definizione, a livello organizzativo, di specifici momenti di incontro tra operatori di diverse professionalità onde salvaguardare la continuità assistenziale e la multidisciplinarietà degli interventi assistenziali. La verifica è attuata attraverso la presa visione delle verbalizzazioni degli incontri su appositi registri o nei FaSAS;
- la definizione, per ogni singola unità d'offerta, di strumenti informatici per soddisfare il debito informativo nei confronti di ASL e Regione. Il debito informativo, con le opportune specifiche per status erogativo è funzionale all'attività di vigilanza;
- l'adozione di un sistema di contabilità analitica nel rispetto della normativa vigente e delle indicazioni regionali;
- adozione del contratto d'ingresso degli utenti, per le unità d'offerta per cui è prevista la partecipazione al costo;
- il rispetto delle disposizioni in materia di accesso di cui agli articoli 22 e seguenti della Legge n. 241/1990 e agli artt. 15 e seguenti della Legge Regionale n. 1/2012;
- copia del contratto assicurativo di responsabilità civile a garanzia del rischio.

1.3.1. Vigilanza: la specificità della verifica degli elementi gestionali

In linea generale le ASL devono verificare la sussistenza degli standard di personale con particolare riguardo alla quantità riferita ai requisiti minimi previsti. Si riconferma che la stessa va commisurata:

- alle presenze degli utenti, anche qualora queste, per i casi previsti, non siano effettive;
- al possesso delle professionalità previste dalla normativa sull'esercizio, sull'accreditamento e al loro corretto utilizzo così come previsto dal CCNL.

Con successivi provvedimenti attuativi saranno approvate apposite tabelle di sintesi rappresentative delle principali professionalità censite ed operanti all'interno delle diverse unità di offerta sociosanitarie, con la definizione per ognuna di esse degli ambiti di possibile intervento.

Per quanto riguarda gli operatori direttamente addetti all'assistenza, non sono concesse ulteriori deroghe per l'utilizzo di personale sprovvisto dei titoli professionali previsti.

Si conferma che gli standard minimi, laddove sono settimanali, devono essere effettivamente garantiti in ogni settimana dell'anno e da tutte le figure previste a standard per le diverse unità d'offerta.

In ogni caso, deve essere sempre garantita, anche in occasione di eventi particolari (es. scioperi, emergenze climatiche/atmosferiche), una presenza minima di operatori tali da garantire la continuità assistenziale e le norme di sicurezza/salvaguardia del singolo utente.

Si precisa che ai fini della determinazione dello standard vanno rendicontate e tenute in considerazione solo le ore dedicate all'assistenza, effettivamente lavorate, verificabili da timbrature o firme presenze, comprensive delle ore dedicate alle riunioni finalizzate alla discussione dei casi o al passaggio di informazioni relative all'utente. Pertanto sono da escludersi dal computo dello standard reso le ore dedicate alla formazione, alla reperibilità e al coordinamento dei servizi. Sono altresì conteggiabili le ore di reperibilità, solo se corrispondenti ad un effettivo accesso presso la unità di offerta.

Ogni unità d'offerta, indipendentemente dallo status erogativo, deve essere in grado di fornire all'organismo di controllo ASL, in tempo reale, tutti gli elementi utili al calcolo dei tempi di lavoro dedicati all'assistenza, erogato da personale a standard.

Per consentire, inoltre, un monitoraggio costante da parte delle Vigilanze ASL sul sistema sociosanitario ed al fine di supportare le stesse nelle attività di competenza, verrà introdotta, per tutte le realtà del sistema sociosanitario, indipendentemente dallo status erogativo, la cosiddetta "Scheda struttura", strumento conoscitivo già in uso per alcune unità d'offerta sociosanitarie, ove sono raccolte informazioni attinenti gli aspetti strutturali, tecnologici, organizzativi - gestionali.

La Scheda Struttura delle unità di offerta sociosanitarie costituirà debito informativo verso la Regione e l'ASL da parte dei Gestori operanti nel sistema sociosanitario lombardo. La periodicità di compilazione delle diverse parti di Scheda struttura, attualmente a cadenza annuale, potrà essere modificata con provvedimenti regionali. L'introduzione della Scheda Struttura per tutte le unità d'offerta consentirà alle Vigilanze di meglio espletare il controllo con particolare riguardo al personale operante su più unità d'offerta e/o su più centri di costo, in integrazione con il livello regionale, verificando la compatibilità, sia in termini quantitativi che qualitativi dell'utilizzo dello stesso (es. verifica monte ore annuo, verifica tipologia professionale indicata, etc).

In un'ottica di corresponsabilità si ritiene di dover richiamare l'attenzione e dei gestori e delle vigilanze ASL su "l'utilizzo corretto" del personale che opera all'interno delle unità d'offerta sociosanitarie.

Entrambi i soggetti, per le diverse e specifiche responsabilità, in particolare sono tenuti:

- a verificare/accertare che tutto il personale addetto all'assistenza rendicontato a standard, sia abilitato a svolgere le mansioni richieste in quanto in possesso di adeguato titolo professionale e regolarmente iscritto nell'annualità in corso all'albo/ordine (per i profili tenuti);
- ad assicurare che non sussistano condizioni di incompatibilità e che in particolare nella gestione dei servizi sociosanitari non si configurino situazioni di intermediazione di manodopera. Quantunque, infatti, quest'ultima specifica situazione ricada nell'ambito delle competenze di altri istituti (Ispettorato del lavoro in primis), è bene precisare che anche attraverso un'attenta vigilanza si possono "prevenire" situazioni di "utilizzo non corretto" della forza lavoro. In particolare dovrà essere posta attenzione affinché non siano poste in essere situazioni di uso "promiscuo" di personale da parte dei gestori. Si dovrà verificare che all'interno di un nucleo, una stessa funzione - per esempio infermieristica piuttosto che di OSS - non sia contemporaneamente assicurata da personale dipendente dal gestore e da personale dipendente da cooperativa (o altra impresa esterna). Le cooperative sociali non possono essere utilizzate in alcun modo come soggetti intermediari di mano d'opera. Le loro prestazioni devono essere assimilate ai processi di esternalizzazione di servizi, riferibile al minimo ad un singolo nucleo per specifico profilo professionale. Ad esempio, una cooperativa sociale o altra impresa esterna, potrà gestire la funzione infermieristica in maniera esclusiva all'interno di un singolo nucleo; non potrà invece operare contestualmente con altre figure infermieristiche oggetto di altre tipologie contrattuali nel medesimo nucleo;
- ad assicurare, a tutela della qualità dei servizi erogati che il personale che opera in struttura, per la delicatezza delle funzioni

Serie Ordinaria n. 23 - Venerdì 08 giugno 2012

e dei compiti cui è tenuto, non possa eccedere il monte orario massimo previsto dalla normativa vigente riconducibile alla singola tipologia contrattuale ed al singolo profilo professionale. A tutela del livello di qualità dell'assistenza, sarà cura del team di vigilanza delle ASL rilevare il rispetto delle turnazioni, dei riposi minimi previsti, del numero massimo di ore di lavoro riconducibili ad una stessa persona, sebbene impiegata in più unità d'offerta. Fermo restando l'obbligo di segnalazione alle autorità competenti per le violazioni in materia di lavoro che si dovessero rilevare, in aggiunta alle eventuali sanzioni amministrative ed alle eventuali applicazioni di penali, si dovrà procedere altresì, ai fini del calcolo dello standard, al riconoscimento delle sole prestazioni orarie rese nel rispetto della normativa vigente. Il rispetto delle turnazioni e dei riposi minimi è da riferirsi a tutto il personale a prescindere dalla tipologia di contratto o incarico, anche a salvaguardia della qualità assistenziale. Devono, in particolare, essere rispettate tutte le disposizioni previste dal Decreto Legislativo 66/2003. Il soggetto gestore dovrà acquisire dal personale non direttamente dipendente dichiarazione attestante il rispetto delle norme in materia di turnazione e riposi minimi, con riferimento alla totalità dei rapporti e degli incarichi di lavoro in essere. Qualora, nell'ambito della gestione dell'unità d'offerta, alcuni servizi vengano affidati a soggetti terzi è fatto obbligo di chiedere nel contratto di affidamento il rispetto di tutte le norme previste dal Decreto Legislativo 66/2003. Dovranno, altresì, essere effettuati controlli incrociati tra più unità d'offerta attraverso l'analisi della Scheda struttura che, introdotta per tutte le unità d'offerta, garantirà, in tal senso, un più ampio monitoraggio a livello regionale.

Le Vigilanze dovranno inoltre aver cura di verificare le turnazioni del personale di assistenza e le modalità con cui è garantita la reperibilità laddove prevista. A tale proposito si ribadisce che la reperibilità non può essere interpretata come reperibilità "telefonica", e che l'operatore interessato, se la situazione lo richiede, deve essere nelle condizioni di raggiungere la struttura di norma entro 30 minuti.

Laddove i requisiti gestionali di accreditamento prevedono la possibilità di disporre di personale qualificato per ogni possibile supporto alla persona in relazione ai Progetti 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 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 conferma 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 ASA.

Per il personale volontario si chiarisce che possa essere rendicontabile come standard solo ove previsto dalla specifica normativa (ad es. disabili) o nei consultori e che negli altri casi debba essere considerato solo in qualità di personale "aggiunto", atto ad implementare la qualità dei servizi. Si stabilisce infine che, anche nel caso in cui il personale volontario sia rendicontabile come standard, il medesimo non possa in ogni caso essere prevalente rispetto al restante personale. Le vigilanze sono tenute a verificare che l'utilizzo di personale volontario non costituisca pratica atta a favorire situazioni di lavoro sommerso. Il personale volontario deve essere in possesso dei requisiti professionali richiesti ed appartenere ad associazioni di volontariato iscritte nell'apposito registro e convenzionate con la struttura dove svolge l'attività.

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. Viene tuttavia ritenuto operativo e quindi rendicontabile ai fini dello standard solo il personale che non superi il limite di 75 anni di età.

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. A tale scopo le Vigilanze delle ASL dovranno effettuare apposite verifiche incrociando i dati con quelli desumibili dai Flusser (flusso dipendenti pubblici).

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 unità d'offerta sociosanitaria, 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 e contrattualizzato, l'ente gestore deve provvedere alla sua cancellazione dagli elenchi del MMG. È preciso onere del medico responsabile dell'unità di offerta socio sanitaria accertare che ciò accada. Ne deriva che per gli utenti ricoverati in una RSA/RSD su posti in regime di solo esercizio oppure su posti accreditati ma non contrattualizzati, deve essere mantenuto il proprio medico di medicina generale e per gli stessi le strutture non sono tenute alla fornitura di farmaci, protesi e ausili. A tal fine si rinvia anche a quanto definito nella nota prot. 10546 del 22/07/2009 avente per oggetto "Presidi ed ausili e fornitura farmaci per ospiti delle residenze sanitario assistenziali per anziani e per disabili (RSA e RSD) accreditate" e contrattualizzate.

Per quanto attiene al personale dipendente pubblico, 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. 4⁽¹⁾ 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

(1) 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.

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.

1.3.1.1 Carta servizi

La Carta dei Servizi è un elemento obbligatorio per tutte le unità d'offerta sociosanitarie accreditate e deve contenere, oltre a tutti gli altri elementi già previsti dalle specifiche normative sull'argomento, le modalità operative per dare attuazione a tutti gli interventi di miglioramento.

L'ASL dovrà avere cura di verificare che:

- la carta dei servizi sia adottata da tutte le unità di offerta sociosanitari accreditate ed esposta al pubblico; venga distribuita agli utenti o familiari, mediante apposito modulo di presa visione al momento della presa in carico;
- i contenuti siano coerenti rispetto a quanto previsto dalla normativa vigente;
- la carta dei servizi dovrà essere modificata dalla struttura ogni qualvolta intervengano modifiche organizzative e sui servizi offerti. Durante la permanenza dell'utente, eventuali modifiche della carta servizi dovranno essere tempestivamente comunicate all'utente ed ai familiari in modo da garantire la trasparenza delle informazioni. Al fine di rilevare che il processo di notifica sia stato compiuto si suggerisce di inoltrare, unitamente alle modifiche introdotte, un modulo di presa visione dei cambiamenti della carta servizi.

1.3.1.2 Contratti di ingresso

Per tutte le unità d'offerta ove è prevista la compartecipazione al costo da parte degli utenti, l'ASL verifica l'effettiva adozione del contratto di ingresso. In particolare si ritiene opportuno evidenziare l'importanza che assume il contratto di ingresso 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.

1.3.1.3 Customer satisfaction

Tutte le unità d'offerta sociosanitarie, dovranno periodicamente effettuare la rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti dei servizi, dei loro familiari (nel rispetto di quanto stabilito nelle regole per le specifiche Unità d'offerta) nonché degli operatori, assicurando la salvaguardia della privacy.

La rilevazione periodica deve essere orientata al miglioramento della qualità dell'erogazione dei servizi, pertanto dovranno essere adottati strumenti atti a rilevare le criticità ed i punti di forza dell'Unità d'offerta.

Deve essere altresì garantita la diffusione dei risultati ed i piani di miglioramento adottati.

Data l'importanza dello strumento della customer ai fini del miglioramento dei servizi, gli uffici regionali, in collaborazione con le ASL ed i rappresentanti dei soggetti gestori, definiranno ulteriori procedure per misurare l'effettivo livello di soddisfazione dell'utenza.

1.4. Controllo di appropriatezza

L'attività di controllo di appropriatezza verifica l'erogazione delle prestazioni all'utente, sia in termini assistenziali che organizzativi.

In particolare, l'attività comprende:

- *controllo di appropriatezza assistenziale* - verifica del livello di adeguatezza e di qualità delle prestazioni erogate, comprendendo i livelli sia formali che sostanziali, nell'ottica di un miglioramento continuo;
- *controllo di appropriatezza nella classificazione dell'utente* - verifica circa la corretta classificazione dell'utente, così come definite dal sistema informativo regionale per le specifiche tipologie di unità d'offerta;
- *controllo di appropriatezza amministrativa* - verifica circa la corretta rendicontazione delle prestazioni erogate dalle unità di offerta sociosanitarie.

Il controllo di appropriatezza è effettuato dalle ASL su tutte le unità d'offerta sociosanitarie, siano esse abilitate all'esercizio, accreditate o contrattualizzate.

L'organizzazione dell'attività di controllo deve essere ispirata al rispetto dei principi di imparzialità, trasparenza, efficacia ed efficienza, professionalità nonché di separazione delle funzioni soprattutto ove le ASL sono anche soggetti erogatori.

Le équipe preposte ai controlli devono essere costituite da almeno due persone, le cui qualifiche professionali devono essere coerenti con la tipologia di unità d'offerta vigilata ed in relazione agli obiettivi del controllo. Il sopralluogo deve avvenire senza preavviso. Al termine del sopralluogo viene sempre redatto il verbale, secondo le direttive del presente documento.

1.4.1. Controllo di appropriatezza assistenziale

In ogni unità d'offerta socio sanitaria del sistema lombardo deve essere assicurata l'appropriatezza assistenziale. In particolare, nelle unità di offerta accreditate, deve essere raccolta, in maniera unitaria, tutta la documentazione riferita ad ogni singolo utente, comprensiva degli interventi effettuati sul/con lo stesso a cura degli operatori della struttura (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, domiciliare). Tale documentazione costituisce il fascicolo socio assistenziale e sanitario.

Il **Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario** (FaSAS) è riferito alla presa in carico della persona assistita all'interno di una singola unità d'offerta.

Il FaSAS costituisce documentazione obbligatoria atta a dare evidenza del percorso clinico-assistenziale della persona nella specifica unità d'offerta. In caso di re-ingresso nella medesima unità d'offerta potrà essere utilizzato il medesimo FaSAS integrato da nuove valutazioni e comunque attenendosi al rispetto delle regole previste per la gestione dei singoli flussi informativi. Il trasferimento ad altra unità d'offerta prevede la costituzione di un nuovo FaSaS.

Al FaSAS si applicano tutte le regole e condizioni dovute per la tenuta e conservazione della documentazione sanitaria.

Tutti gli elementi costitutivi del FaSAS devono essere tenuti all'interno dello stesso dossier e devono essere tempestivamente fruibili da parte degli operatori dell'unità d'offerta, dei servizi atti a garantire la continuità assistenziale e degli organismi di controllo.

Anche qualora l'ente gestore adotti sistemi elettronici di compilazione del FaSAS è dovuta la presenza di copia cartacea della documentazione.

Serie Ordinaria n. 23 - Venerdì 08 giugno 2012

Il soggetto gestore dovrà individuare, declinandolo nei documenti di politica organizzativa, la persona responsabile ultimo della compilazione da parte degli operatori coinvolti nel percorso assistenziale, della tenuta e conservazione dei FaSAS per la specifica unità d'offerta.

Gli elementi costitutivi del FaSAS, fatto salvo il Progetto individuale, sono da ricondurre ad aspetti specifici delle singole tipologie di unità d'offerta.

Per quanto attiene invece il Piano di Assistenza Individuale, si ritiene che, tutte le unità d'offerta sociosanitarie, debbano personalizzare gli interventi per meglio rispondere ai bisogni degli utenti evitando standardizzazioni.

A tal fine si forniscono di seguito alcune indicazioni generali per la predisposizione del progetto di assistenza individuale.

Il progetto deve individuare bisogni, problemi e propensioni degli utenti, nonché contenere obiettivi qualitativi e quantitativi, tempi di attuazione, frequenza degli interventi/azioni, indicatori di risultato e figure professionali coinvolte. Deve essere predisposto, condiviso e sottoscritto dalla équipe di cura. Un primo PAI anche se provvisorio e recante almeno una registrazione della fase di accoglienza nell'unità d'offerta, deve essere adottato in tempi brevi dal momento dell'accesso dell'utente. Salvo diversa determinazione delle specifiche disposizioni di riferimento per le singole unità d'offerta, il progetto individuale definitivo deve essere redatto entro un massimo di trenta giorni. Tale documento dovrà essere revisionato dall'équipe con una frequenza coerente ai fabbisogni dell'utente e comunque, salvo diversa disposizione normativa riferita alla tipologia di unità d'offerta, con una periodicità non superiore ai sei mesi e prelievi opportune e obbligate rivalutazioni che possono esitare anche in una riconferma del progetto. Il progetto individuale dovrà essere altresì condiviso e sottoscritto dall'utente o, se del caso, dal tutore legale/amministratore di sostegno.

Ogni modifica o revisione del PAI individuale dovrà essere sottoscritta da tutti i soggetti tenuti.

Le azioni a carattere di gruppo previste nei Progetti individuali possono trovare riscontro in quadri di sintesi nel FaSAS del singolo utente, mentre gli interventi individuali devono trovare sempre precisa e circostanziata registrazione.

Per tutte le unità d'offerta sociosanitarie del sistema lombardo, l'équipe preposta al controllo di appropriatezza deve verificare che tutta la documentazione riferita all'utenza sia contenuta all'interno del FaSAS. Inoltre deve accertare la presenza e la coerenza applicativa di quanto sopra descritto, anche mediante l'osservazione, ove possibile, diretta dell'utente.

È necessario inoltre verificare l'effettiva e corretta attuazione di linee guida/procedure/protocolli mediante la tracciabilità nel percorso dell'utente.

Le unità d'offerta sociosanitarie devono dare evidenza dell'effettivo utilizzo delle linee guida/procedure/protocolli previsti dalle specifiche norme di riferimento, nonché dell'adozione di ulteriori linee guida/procedure/protocolli necessari a fornire una adeguata assistenza alla tipologia di utenza trattata. Questo anche in ragione dell'apertura a nuove tipologie di utenza (SLA, SV, ecc.) portatrici di bisogni assistenziali la cui complessità supera quanto già disposto dalle d.g.r. di riferimento.

Con successivi provvedimenti regionali saranno definiti gli elementi specifici oggetto di controllo per le singole unità d'offerta differenziati per status erogativo (unità d'offerta o posti/trattamenti solo abilitati, accreditati o contrattualizzati), la campionatura minima ed i criteri di selezione, i principali indicatori di rischio da considerare in maniera prioritaria. Conseguentemente sarà rivisto il debito informativo per le ASL nei confronti degli uffici regionali.

1.4.2. Controllo di appropriatezza nella classificazione utente/prestazioni rese

Il controllo si basa sulla verifica di coerenza tra quanto riportato nella documentazione sanitaria (FaSAS) e la valutazione dell'utente. La classificazione degli utenti, ove prevista, va effettuata all'atto della presa in carico. Le tempistiche per la rivalutazione e l'eventuale riclassificazione sono fissate dai provvedimenti specifici relativi alle diverse tipologie di unità d'offerta.

L'équipe preposta al controllo di appropriatezza devono verificare in tutte le unità d'offerta che l'indicazione dei livelli di fragilità dei parametri descritti, per es. in SOSIA, SIDI, SDOFAM, ecc., sia sostenuta in modo congruente dalla documentazione raccolta nel FaSAS e nel PAI. Di norma, ciò non significa che l'équipe di controllo sia legittimata a compiere una valutazione rispettivamente clinica e funzionale, in sostituzione di quella condotta dal personale delle unità d'offerta.

D'intesa con l'operatore di struttura, si potrà provvedere all'osservazione diretta dell'utente, limitatamente a quegli elementi risultanti incongruenti dall'esame della documentazione.

Qualora non vi sia congruenza tra FaSAS, PAI, nelle unità d'offerta ove è prevista una classificazione dei livelli di fragilità, si dovrà procedere alla redazione di una nuova classificazione.

Nel caso in cui la ASL verifichi la non appropriatezza in una classe dello specifico sistema di classificazione per la unità di offerta, ad es. classe 1 SOSIA attribuita dal Gestore al posto della corretta classe 3 SOSIA, la rideterminazione della tariffa dovrà essere fatta a partire dal giorno in cui è mutata la condizione clinica che ha determinato la nuova classificazione. Tutto ciò a valere anche per l'evenienza contraria al citato esempio.

Nell'evenienza di controllo di appropriatezza su un soggetto non più presente nell'unità d'offerta se la nuova valutazione non conferma la classificazione, non potrà essere riconosciuta per quella prestazione una tariffa superiore a quella della classe di minore fragilità.

Per le unità d'offerta ove non è previsto, ad oggi, un sistema di classificazione dei livelli di fragilità in caso di non coerenza tra FaSAS e PAI e/o rendicontazione, l'onere economico riconosciuto da FSR previsto per la singola prestazione o DRG verrà abbattuto (regime ambulatoriale e diurno continuo della riabilitazione, degenza riabilitazione specialistica, consultori, SerT/NOA/SMI); l'onere economico previsto per profilo o tariffa giornaliera verrà decurtato in ragione del 30% per l'intero periodo contestato (riabilitazione in regime di ricovero per generale geriatrica e mantenimento, hospice, CDI, Strutture Residenziali per soggetti dipendenti da sostanze, erogatori ADI). Si precisa che la non coerenza tra FaSAS e PI e/o rendicontazione passibile di abbattimenti o decurtazione di cui sopra è riconducibile ad:

- ✓ assenza di FaSAS o PI (per la riabilitazione PRI e pri);
- ✓ presenza della prestazione in rendicontazione da debito informativo, ma assenza della stessa nella documentazione a riscontro (es.: prestazioni in flusso di rendicontazione in misura eccedente quanto registrato in FaSAS);
- ✓ non appropriata erogazione della prestazione nei modi previsti dalle normative di settore (es. consultori: relazioni impropriamente rendicontate come complesse, interventi ad alta integrazione non eseguiti dalle qualifiche previste, multiprofessionalità);
- ✓ prestazione erogata in assenza delle dovute prescrizioni mediche (per es.: hospice, strutture della riabilitazione);
- ✓ prestazione erogata sulla base di certificazioni/prescrizioni mediche non appropriate (per es. certificazione di abuso versus dipendenza).

1.4.3. Controllo di appropriatezza amministrativa

1.4.3.1. La vigilanza e il controllo sulle unità di offerta titolari di contratto

I controlli amministrativi devono tenere conto anche dei flussi informativi: si dovranno in particolare analizzare i flussi di pagamento delle prestazioni utilizzando le specifiche forme di rendicontazione della spesa per le prestazioni sociosanitarie integrate (es.: cfr.

modelli RSA1, CDI1, TOX1, RSD1, RIA1, CSS1, Hospice1 e 13FAM per i Consulenti).

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 moltiplicato per il numero delle giornate riferite allo stesso trimestre, fatti salvi i casi previsti espressamente dalla Regione;
- per tutti i servizi il numero di giornate trimestralmente erogabili dai gestori non può eccedere il volume complessivo accreditato. 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 e contrattualizzati;
- le fatturazioni inerenti le persone nel frattempo decedute corrispondano alle effettive prestazioni erogate fino alla data del decesso.

Le ASL devono assicurare un costante controllo dell'attività e della spesa sociosanitaria attraverso alcuni flussi informativi, in grado di fornire in tempi rapidi e secondo criteri omogenei, i dati di attività e spesa, articolati anche in relazione alle informazioni necessarie per il monitoraggio regionale.

1.4.4. Controllo di appropriatezza assistenziale riferiti all'assistenza domiciliare integrata

Per quanto riguarda il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di assistenza domiciliare integrata (ADI), occorre tenere presente, *fermo restando le indicazioni generali valide per tutte le unità d'offerta*, la peculiarità del percorso per l'accesso a questa unità di offerta.

L'assegnazione del titolo per il soddisfacimento dei bisogni avviene dopo una valutazione del livello di gravità/fragilità della persona e delle sue necessità assistenziali e di cura.

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata il controllo di appropriatezza in particolare si qualifica come:

- *controllo di appropriatezza assistenziale* - verifica del livello di adeguatezza e di qualità delle prestazioni erogate, comprendendo i livelli sia formali che sostanziali, nell'ottica di un miglioramento continuo;
- *controllo di appropriatezza amministrativa* - verifica circa la corretta rendicontazione delle prestazioni erogate dalle unità di offerta sociosanitarie.

Il controllo di appropriatezza assistenziale può essere effettuato:

- *in itinere, nel periodo in cui l'utente riceve la prestazione*
- *ex post attraverso l'analisi, alla fine del periodo di validità del singolo titolo assegnato.*

Il controllo di appropriatezza assistenziale in itinere

Il controllo di appropriatezza assistenziale in itinere viene assicurato al domicilio di un campione di assistiti attraverso l'utilizzo di requisiti/criteri, misurabili mediante indicatori. I requisiti/criteri individuati devono permettere di verificare che la persona assistita riceva dall'accreditato:

- *ciò di cui ha bisogno*
- *nel miglior modo possibile*
- *per la soluzione del suo bisogno*

L'individuazione degli indicatori deve anche fare riferimento ai requisiti di accreditamento (organizzativi e gestionali) e alle evidenze della letteratura scientifica in materia. In particolare, i criteri su cui basare il controllo possono essere così identificati:

- tempestiva presa in carico dell'assistito in applicazione di protocolli definiti;
- presenza a domicilio di materiale informativo (prestazioni, orari, referenti per contatti e/o reclami) adeguata valutazione dei bisogni dell'assistito:
 - preliminare alla stesura del piano di assistenza individuale;
 - periodica secondo le scadenze stabilite da Regione Lombardia;
 - straordinaria nel caso del variare dei bisogni assistenziali;
- presenza del piano assistenziale, aggiornato con gli esiti delle valutazioni e con la valorizzazione delle risorse relazionali, familiari e sociali eventualmente attivabili;
- rispondenza del piano assistenziale agli obiettivi e ai bisogni specifici (congruenza tra obiettivi ed interventi, in termini di tipologia degli operatori e intensità degli accessi);
- presenza di sottoscrizione del piano assistenziale da parte dell'assistito o di un suo familiare, da parte dell'operatore individuato dall'erogatore alla sua stesura;
- rispetto dell'attuazione del piano di assistenza (corrispondenza tra numero e tipologia degli accessi previsti dal piano e quelli effettivamente attuati);
- presenza di diario delle prestazioni aggiornato e con prestazioni sottoscritte dai singoli operatori;
- informazione costante dell'assistito e dei suoi familiari sugli interventi effettuati (valutabile attraverso un specifica indagine, condotta con domande standard);
- soddisfazione dell'utente (valutabile attraverso un specifica indagine, condotta con poche e sintetiche domande standard):
 - sulle cure ricevute;
 - sulla relazione instaurata;
 - sulla organizzazione del servizio (orari, puntualità,...);
 - rilievo di eventuali criticità segnalate dall'assistito o dalla sua famiglia.

Il controllo di appropriatezza assistenziale ex post

Il controllo ex post va effettuato alla fine del periodo di validità del singolo titolo assegnato alla persona assistita:

- sulla documentazione prodotta in sede di rendicontazione mensile;
- in back office.

La verifica dovrà accertare, in relazione al titolo assegnato, la congruenza tra numero e tipologia degli accessi effettuati e obiettivo assistenziale definito in sede di valutazione del bisogno da parte della ASL.

In assenza di congruenza, la ASL procede all'adeguamento del valore economico del titolo rendicontato, secondo quanto definito dal contratto stipulato con la ASL.

Serie Ordinaria n. 23 - Venerdì 08 giugno 2012

CAPITOLO 2 - L'ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO: COMPETENZE

Si ribadisce che è attribuita alle ASL la titolarità dell'esercizio delle funzioni di vigilanza e di controllo di appropriatezza.

La Regione in qualità di ente di governo detiene il coordinamento, l'orientamento e fornisce linee di indirizzo, nei confronti delle diverse aziende sanitarie locali.

In sintonia con i provvedimenti che hanno ricondotto ad un unico punto organizzativo regionale la concentrazione delle funzioni di governo in tema di vigilanza e controllo, con la presente deliberazione si intende estendere il modello a livello territoriale, in modo da garantire nelle ASL omogeneità organizzativa, per quanto attiene ai profili professionali dedicati e con riguardo ai comportamenti operativi, a salvaguardia dei cittadini fruitori e degli altri attori del sistema.

2.1. Competenze e ruoli della Regione Lombardia

Al fine di potenziare il ruolo di coordinamento e di raccordo regionale in merito all'attività di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sociosanitarie esercitata dalle ASL, alla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale compete in particolare:

- definire le regole di funzionamento del sistema;
- definire le linee di indirizzo in materia di vigilanza e controllo;
- definire gli strumenti e le modalità di controllo;
- promuovere la formazione specifica per il personale dedicato a tali funzioni;
- definire i debiti informativi da parte delle ASL e degli erogatori delle unità d'offerta;
- promuovere all'interno di ciascuna ASL la costituzione di articolazioni organizzative quali punti di riferimento specifici per la funzione, indicando i profili professionali necessari alla composizione dell'équipe di vigilanza e controllo;
- individuare indicatori per valutare l'efficacia e la qualità delle prestazioni erogate.

La Regione, in casi eccezionali, si riserva la possibilità di affiancare i team delle ASL nelle funzioni di vigilanza e controllo presso unità d'offerta.

2.2. Competenze e ruoli delle ASL

La funzione di vigilanza e controllo di appropriatezza assume una particolare importanza alla luce dei processi di semplificazione che favoriscono lo snellimento delle procedure per la messa in esercizio e per l'accreditamento di unità d'offerta sociosanitarie.

Altresì in considerazione dello sviluppo del sistema di intervento sulle "fragilità" programmato da Regione Lombardia, la funzione di vigilanza e controllo, diventa sempre più cogente a tutela del cittadino, reso ancor più attore principale in un contesto di piena applicazione del principio di libera scelta.

Il Direttore Generale dell'ASL è responsabile del perseguimento della mission aziendale e della definizione delle strategie finalizzate al raggiungimento degli obiettivi definiti nell'ambito del piano di vigilanza. Il Piano di Vigilanza e Controllo sulle Unità d'Offerta Sociosanitarie e Sociali deve essere approvato annualmente dal Direttore Generale ASL entro le tempistiche definite dai provvedimenti regionali e, successivamente, inviato alla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

Tutti gli operatori preposti all'attività di vigilanza e di controllo devono garantire l'oggettività e la trasparenza dei procedimenti di valutazione.

Il personale coinvolto nell'esercizio della funzione di vigilanza e controllo è tenuto ad adottare comportamenti improntati a imparzialità, professionalità, coerenza, riservatezza e cortesia. Per tale personale, le eventuali collaborazioni professionali con erogatori di servizi sociosanitari e sociali, comprese quelle a titolo di volontariato, devono essere espressamente autorizzate dal Direttore Generale dell'ASL di appartenenza, sentiti i competenti uffici regionali.

E' cura delle ASL assegnare ai servizi di vigilanza e controllo la necessaria dotazione di risorse umane, in considerazione della numerosità, tipologia e complessità delle unità d'offerta sociosanitarie e sociali presenti sul territorio. Nella valutazione dell'assegnazione di personale dovrà essere tenuta in debita considerazione non solo l'attività relativa alle ispezioni in loco, ma anche lo sviluppo operativo dei procedimenti connessi. Inoltre sono da considerarsi le attività finalizzate a supportare i processi di miglioramento della qualità offerta ai cittadini da parte degli erogatori, attività che possono sostanziarsi nell'apertura di tavoli di confronto su specifiche tematiche e nell'elaborazione di linee guida di *good experience* a valenza territoriale.

La composizione dei servizi di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sociosanitarie e sociale è comunicata in sede di presentazione del Piano annuale di Vigilanza e Controllo, approvato dal Direttore Generale dell'ASL. Tutte le eventuali modifiche dovranno essere tempestivamente comunicate alla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione, e Solidarietà Sociale.

La composizione del servizio vigilanza ed il Piano annuale di Vigilanza e Controllo deve trovare debita pubblicizzazione nei siti web delle ASL, ciò al fine di comunicare ai gestori i criteri informativi delle attività di vigilanza e controllo. La pianificazione delle specifiche attività di vigilanza e controllo con particolare riguardo ai sopralluoghi in loco deve, invece, assumere carattere di assoluta riservatezza nell'ambito dei servizi vigilanza.

L'attività di vigilanza e controllo di appropriatezza a carattere ispettivo dovrà essere effettuata senza preavviso.

Il preavviso ai gestori si ammette nelle verifiche istruttorie connesse a:

- istanza di avvio o modifica dell'abilitazione all'esercizio, da attuarsi entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza;
- istanza o modifica dell'accreditamento, da attuarsi entro 60 giorni dal ricevimento dell'istanza;
- monitoraggio realizzazione dei piani programma.

L'équipe ispettive, in fase di sopralluogo, devono essere composte da almeno due operatori incaricati. Le professionalità individuate devono essere coerenti con gli obiettivi della visita ispettiva. La coerenza delle qualifiche professionali con gli obiettivi della visita è norma di salvaguardia procedurale, in particolare ricorrendo casi che impongono l'applicazione di prescrizioni/sanzioni amministrative. Tuttavia si ribadisce l'opportunità di segnalare nella verbalizzazione ogni evidenza oggettiva fonte di documento all'utente, anche nel caso non vi sia coerenza con gli obiettivi della visita o con le qualifiche professionali degli operatori incaricati.

I sopralluoghi ispettivi si devono 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.

Si rende necessario predisporre regolamenti/protocolli, procedure, strumenti di rilevazione omogenei che definiscano e rendano

evidente ai gestori le modalità dello svolgimento delle attività ispettive nel contesto sociosanitario e sociale.

Nell'esecuzione dell'intervento di vigilanza si individuerà un responsabile dell'équipe, che cura la progettazione, la gestione dell'intervento, la redazione del verbale/relazione finale, in collaborazione con gli altri componenti.

Le ASL che gestiscono unità d'offerta sociosanitarie - fermo restando l'obbligo di attuazione delle disposizioni di cui alla d.g.r. 937/10 in merito alla dismissione delle gestioni dirette di RSA, CDI, RSD, CDD -sono tenute ad adottare un modello organizzativo di netta separazione tra i compiti di gestione e di vigilanza e di controllo delle unità d'offerta, secondo la tempistica che verrà successivamente stabilita da Regione Lombardia. Il Piano Organizzativo Aziendale (POA) dovrà essere sottoposto a validazione regionale anche per la verifica effettiva di tale separazione.

Per ciascuna unità d'offerta a gestione diretta si dovranno porre in essere le seguenti azioni:

- obbligo della tenuta di una contabilità separata, basata su principi della contabilità analitica;
- utilizzo di personale dedicato esclusivamente all'erogazione di servizi, che non potrà pertanto svolgere funzioni di vigilanza e controllo o attività PAC;
- individuare una figura del profilo dirigenziale, interna all'ASL, a cui attribuire la responsabilità della gestione. Per tale ruolo il dirigente è da considerarsi responsabile dell'unità d'offerta per il conseguimento e mantenimento di tutti i requisiti di esercizio e accreditamento. Deve altresì adempiere a tutti i debiti informativi previsti.

Conformemente al gestore privato, il dirigente responsabile dell'unità d'offerta direttamente gestita è tenuto alla presentazione delle istanze di avvio attività o modifica dell'abilitazione/accreditamento istituzionale.

Le unità d'offerta a gestione diretta devono garantire il possesso e mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali, nonché adempiere a tutti gli obblighi previsti per le medesime unità d'offerta a gestione pubblica o privata. Sono invece considerati posseduti i requisiti soggettivi sia del Legale Rappresentante sia del soggetto gestore.

Per le unità d'offerta direttamente gestite non è prevista la sottoscrizione del contratto, sostituito da un atto di assunzione di responsabilità da parte del dirigente che dichiara di farsi carico di tutti gli adempimenti previsti dalla normativa regionale per l'unità d'offerta specifica. Tali adempimenti dovranno essere inseriti tra gli obiettivi assegnati al dirigente.

Le unità d'offerta a gestione diretta accreditate, qualora sottoposte a budget, hanno diritto all'assegnazione di risorse economiche che devono essere preventivamente quantificate e assentite da provvedimenti aziendali. Il responsabile dell'unità d'offerta dovrà orientare le attività del servizio al fine, anche, di ottimizzare l'utilizzo delle risorse economiche assegnate, tenuto conto che le prestazioni tariffate dovranno essere rendicontate nei modi e nei tempi di un erogatore privato.

Per le unità d'offerta a gestione diretta, ove è prevista la compartecipazione del comune/cittadino ai costi, dovranno essere definite delle rette in linea per analoghi servizi presenti sul territorio. Detti importi devono essere definiti dal responsabile dell'unità d'offerta in accordo con la Direzione Strategica ASL e con l'eventuale supporto degli uffici regionali.

Rientra nelle attribuzioni del responsabile dell'unità d'offerta quella di attivarsi per adeguarsi ad eventuali prescrizioni date dall'équipe di vigilanza dell'ASL, richiedendo eventualmente agli organi superiori gli interventi necessari ad adempiere a quanto richiesto. In caso di inerzia da parte dei vertici dell'ASL alla messa in atto di tutte le procedure per adempiere alla prescrizione, il responsabile dell'unità d'offerta è tenuto ad informare direttamente gli uffici della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

Le eventuali esternalizzazioni di unità d'offerta di proprietà ASL dovranno avvenire nel rispetto delle procedure ad evidenza pubblica, salvo i casi previsti di affidamento ad altri soggetti pubblici o a soggetti del terzo settore.

Nelle more dell'assunzione del modello organizzativo di netta separazione tra i compiti di gestione/controllo delle unità d'offerta si dispone che l'attività di vigilanza e controllo sulle unità di offerta direttamente gestite venga svolta da ASL terza, secondo il seguente schema:

Ambito territoriale di riferimento	ASL titolare della funzione di vigilanza e controllo incrociati
ASL della Provincia di Bergamo	ASL di Milano 2
ASL di Brescia	ASL di Vallecambonica-Sebino
ASL della Provincia di Como	ASL della Provincia di Varese
ASL della Provincia di Cremona	ASL della Provincia di Mantova
ASL della Provincia di Lecco	ASL della Provincia di Como
ASL della Provincia di Lodi	ASL della Provincia di Cremona
ASL della Provincia di Mantova	ASL di Brescia
ASL di Milano	ASL della Provincia di Monza e Brianza
ASL di Milano 1	ASL di Milano
ASL di Milano 2	ASL della Provincia di Pavia
ASL della Provincia di Monza e Brianza	ASL della Provincia di Bergamo
ASL della Provincia di Pavia	ASL della Provincia di Lodi
ASL della Provincia di Sondrio	ASL della Provincia di Lecco
ASL della Provincia di Varese	ASL di Milano 1
ASL di Vallecambonica-Sebino	ASL della Provincia di Sondrio

CAPITOLO 3 - DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE

3.1. 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

Serie Ordinaria n. 23 - Venerdì 08 giugno 2012

parte dell'istituto di assistenza. Tale attestazione può essere anche costituita dalla fattura predisposta nei termini fissati nel paragrafo precedente.

Le istruzioni per la compilazione dei modelli unico e 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.

3.2. *Consenso informato e tutela*

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 uffici.

— • —

SANZIONI

Indice

CAPITOLO 1 - LE SANZIONI PREVISTE DAL COMMA 3 DELL'ART. 15 DELLA LEGGE REGIONALE 3/2008

CAPITOLO 2 - PROFILI PENALI

CAPITOLO 3 - L'ACCERTAMENTO DELL'ILLECITO AMMINISTRATIVO

CAPITOLO 4 - GLI ILLECITI AMMINISTRATIVI NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

CAPITOLO 5 - LA COMPETENZA SULL'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI

5.1. La notifica delle contestazioni di violazioni amministrative

CAPITOLO 1 - LE SANZIONI PREVISTE DAL COMMA 3 DELL'ART. 15 DELLA LEGGE REGIONALE 3/2008

L'attività delle unità d'offerta sociosanitarie deve ispirarsi ai principi di correttezza, trasparenza, liceità, garanzia di qualità. Le ASL, nell'espletamento della funzione di vigilanza e controllo, possono riscontrare inadempienze sull'attività di gestione delle unità d'offerta rispetto a quanto previsto dalla normativa. Sanzioni differenti, in funzione della tipologia e della gravità delle violazioni, sono previste dal contratto inerente la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'ASL e le unità d'offerta sociosanitarie accreditate (cfr art. 8 della DGR 937 del 1 dicembre 2010) e dalla l.r. n. 2 del 24/02/2012.

In caso di accertata carenza, perdurando oltre i tempi irrogati per il ripristino, fatte salve le sanzioni di cui ai punti successivi, dei requisiti minimi previsti dalla vigente normativa, l'ASL per quanto di competenza, previa diffida, dispone la chiusura della struttura e propone 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.

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 15 della l.r. 3/2008 come modificato dalla L.R. n. 2 del 24/02/2012, fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, le unità d'offerta sociosanitarie incorrono nelle seguenti sanzioni:

- **da € 5.000 a € 50.000** per la mancata presentazione della SCIA;
- **da € 1.000 a € 10.000** per l'esercizio dell'attività in mancanza dei requisiti minimi;
- **da € 500 a € 5.000** per il mancato mantenimento di uno o più requisiti di accreditamento;
- **da € 500 a € 5.000** per codifiche che, rispetto alle indicazioni regionali, non rappresentino in modo corretto la classificazione della fragilità degli utenti o l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

CAPITOLO 2 - PROFILI PENALI

Se nel corso dell'attività di vigilanza dovessero essere accertati fatti che integrino fattispecie di reato (es. utilizzo di posti letto non accreditati per rendicontazioni ad ASL, false certificazioni, false abilitazioni alla professione, falso ideologico, maltrattamento ospiti, utilizzo inadeguato di farmaci psicotropi, etc.) il personale accertatore, per il tramite del dirigente della struttura di appartenenza, informa l'autorità giudiziaria.

CAPITOLO 3 - L'ACCERTAMENTO DELL'ILLECITO AMMINISTRATIVO

La vigilanza amministrativa assume una sua precisa connotazione repressiva quando è rivolta all'accertamento e quindi alla sanzione di un fatto punito dalla legge, statale o regionale, come illecito amministrativo.

Diverse sono le differenze dell'illecito amministrativo rispetto a quello penale (reato), non tanto sotto il profilo "fattuale" (e neppure sotto il profilo della gravità della lesione del bene giuridico tutelato), quanto sotto il profilo della sanzione: la sanzione amministrativa è sempre di natura pecuniaria o patrimoniale (prevedendosi, in determinati casi, la confisca come sanzione accessoria), la sanzione penale può avere natura pecuniaria (multa o ammenda) oppure comportare una misura restrittiva della libertà personale (reclusione o arresto).

Non è estraneo al nostro ordinamento che lo stesso fatto sia punito da una norma penale e da una norma che preveda una sanzione amministrativa. In questi casi si applica sempre la norma penale. Negli altri casi si applica la norma speciale.

L'accertamento dell'illecito, momento questo da cui decorre il termine di 90 giorni per la notifica della contestazione, è l'atto principale del procedimento. E' qui che il fatto viene circoscritto e classificato nell'ambito della fattispecie prevista dalla norma. Non è escluso che l'accertamento sia meramente **documentale** (in sostanza, quando l'illecito scaturisce dall'esame di documenti: es. registri, moduli o formulari non compilati o compilati erroneamente, ecc.), e in questi casi assume rilievo il momento in cui l'organo di vigilanza è entrato in possesso o ha avuto cognizione del documento. Più frequentemente, l'accertamento avviene mediante **ispezione di luoghi o cose**, ed ancora una volta assume importanza la corretta compilazione del verbale.

Elementi essenziali della contestazione dell'illecito sono:

- data, ora e luogo del fatto;
- generalità e qualifica del funzionario accertatore;
- generalità del trasgressore, da individuarsi nel legale rappresentante del soggetto gestore;
- individuazione degli eventuali responsabili in solido;
- descrizione sommaria dei fatti;
- indicazione delle norme violate;
- indicazione della facoltà di presentare memorie o richiesta di audizione;
- indicazione della facoltà di pagare in misura ridotta ed il relativo importo;
- sottoscrizione.

La materia degli illeciti amministrativi, la cui configurazione è poi contenuta nell'ambito delle norme di settore, trova nella legge

Serie Ordinaria n. 23 - Venerdì 08 giugno 2012

n. 689/81 e nelle leggi regionali di applicazione, la sua disciplina generale e ad essa occorre fare riferimento per il compimento degli atti del relativo procedimento amministrativo.

CAPITOLO 4 - GLI ILLECITI AMMINISTRATIVI NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

Le specifiche fattispecie di illecito amministrativo relative al sistema sociosanitario sono di seguito esposte.

a) Mancata presentazione della SCIA

L'illecito consiste nella violazione dell'obbligo di presentazione della SCIA, introdotta dal presente provvedimento in attuazione della legge regionale n. 3/2008 come modificata dalla l.r. n. 2 del 24/02/2012. La sanzione andrà applicata sia nell'ipotesi di esercizio di attività senza la presentazione della SCIA sia nell'ipotesi di esercizio dell'attività sulla base della presentazione di una SCIA incompleta sotto il profilo formale e documentale. Per presentazione va inteso il ricevimento della SCIA da parte dell'ASL, attestato o dalla registrazione di protocollo o dall'avviso di ricevimento della raccomandata.

In questi casi, la sanzione è applicabile tutte le volte in cui si accerti la messa in esercizio dell'attività, non necessariamente coincidente con l'accettazione di assistiti, essendo sufficiente la verifica di attività comunque rivolte alla erogazione di prestazioni.

b) Esercizio dell'attività in mancanza dei requisiti minimi

L'illecito riguarda tutte le unità d'offerta sociosanitarie e attiene alla verifica del possesso (e mantenimento) dei c.d. requisiti abilitativi (soggettivi, strutturali e tecnologici, organizzativi e gestionali) previsti, oltre che dalla normativa di settore, dalla presente deliberazione e dalle deliberazioni regionali riguardanti le diverse tipologie di unità d'offerta. L'accertamento del fatto illecito, in questi casi, deve essere ben circostanziato con riguardo ai singoli requisiti, richiamando l'atto di riferimento. Per la contestazione dell'illecito è sufficiente la mancanza di un solo requisito. Si ricorda che l'accertata carenza dei requisiti minimi comporta, in aggiunta alla contestazione dell'illecito, l'adozione dei provvedimenti previsti dal comma 3 dell'art.15 della legge (diffida, prescrizioni, chiusura dell'attività e revoca dell'eventuale accreditamento).

c) Mancato mantenimento di uno o più requisiti di accreditamento

L'illecito riguarda le sole unità d'offerta che abbiano ottenuto l'accreditamento istituzionale e la sua applicazione è soggetta all'accertamento, in loco o previa verifica documentale, della perdita di uno dei requisiti dell'accreditamento. Qualora, invece, si riscontrasse la perdita di uno o più requisiti ulteriori rispetto a quelli dell'accreditamento istituzionale, previsti nell'ambito del contratto, non potrà essere applicata la sanzione amministrativa, dovendosi ricorrere agli strumenti propri del diritto civile, non escluse la sospensione dei pagamenti o la risoluzione del contratto.

CAPITOLO 5 - LA COMPETENZA SULL'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI

L'applicazione della sanzione consiste nell'adozione del provvedimento finale del procedimento sanzionatorio, mentre l'accertamento dell'illecito attiene direttamente alla fase della vigilanza.

La legge assegna la competenza ad applicare le sanzioni amministrative agli enti titolari della funzione di vigilanza e controllo. Poiché ai sensi dell'art. 14 della legge questa funzione è attribuita alle ASL con riguardo alle unità d'offerta sociali e sociosanitarie, si deve concludere che il potere di ordinanza ex art. 18 della legge n. 689/81 (ordinanza ingiunzione di pagamento o di archiviazione) spetta all'ASL territorialmente competente e per le unità d'offerta a gestione diretta, alla ASL competente per il controllo.

Diversamente, alla contestazione dell'illecito potranno provvedere anche gli organi di vigilanza aventi competenze generali (polizia locale per le unità d'offerta sociali, polizia, carabinieri, guardia di finanza per tutti i tipi di unità d'offerta), fermo restando che il pagamento in misura ridotta della sanzione irrogata andrà sempre disposto a favore dell'ASL competente.

5.1. La notifica delle contestazioni di violazioni amministrative

L'articolo 14 della L. n. 689/1981, e s.m.i. individua inderogabilmente modalità e termini della contestazione e richiede, sul piano formale, la tassativa applicazione delle disposizioni vigenti in materia.

Di norma la violazione degli illeciti amministrativi deve essere contestata immediatamente, ancorché la mancata contestazione immediata, anche quando ne sussista la possibilità, non costituisce causa di estinzione dell'obbligazione di pagamento delle correlate sanzioni pecuniarie e non invalida perciò la conseguente ordinanza - ingiunzione. In tal senso, si suggerisce di effettuare la contestazione in una fase successiva al sopralluogo. La legge 689/81 dispone un termine perentorio di 90 giorni per la contestazione o notificazione dell'illecito, decorrente dall'accertamento del fatto, che può coincidere con la data del sopralluogo per gli illeciti sostanziali oppure con quella di acquisizione di documenti, in caso di illeciti formali. E' importante che questo termine sia sempre documentabile e che si abbia cura di rispettarlo, pena l'annullamento dell'intero procedimento.

Ai fini della validità della contestazione differita, occorre che la procedura di notificazione dell'atto sia compiuta in perfetta osservanza delle limitazioni formali e sostanziali imposte dalla normativa, con riguardo ai soggetti tenuti a eseguire la procedura, agli strumenti adoperati ed agli adempimenti svolti.

La notificazione della contestazione della violazione può essere effettuata a mani anche da un funzionario dell'amministrazione che ha accertato la violazione.

I soggetti che possono partecipare al procedimento di notificazione sono solo quelli tassativamente indicati dalla legge (Ufficiali Giudiziari, messi comunali e funzionario dell'amministrazione).

In tal caso le disposizioni da rispettare sono quelle degli articoli 137 e seguenti del Codice di Procedura Civile (modificati dal D. Lgs. n. 196/2003 recante il Codice per la tutela della riservatezza dei dati personali), che dispongono anche in ordine agli effetti giuridici della notificazione eseguita nelle forme e con le modalità indicate.

Inoltre, la notificazione della contestazione può essere effettuata a mezzo del Servizio Postale.

Della notificazione di atti a mezzo del servizio postale, oltre che l'ufficiale giudiziario, può avvalersi ogni pubblica amministrazione.

In tal caso le disposizioni da rispettare sono tassativamente quelle recate dalla Legge 20 novembre 1982, n. 890 e s.m.i. afferente "la notificazione di atti a mezzo posta e di comunicazioni a mezzo posta connesse con la notificazione di atti giudiziari", che dispongono anche in ordine agli effetti giuridici della notificazione eseguita nelle forme e con le modalità indicate.

Ne segue che le disposizioni procedurali sul compimento delle notificazioni a mezzo del servizio postale disciplinano non solo l'operato dell'ufficiale giudiziario, ma anche quello degli altri soggetti autorizzati dalla norma alla notifica degli atti di accertamento, compreso il funzionario dell'amministrazione.

In particolare, ai sensi dell'articolo 2 della legge citata, per la notificazione degli atti a mezzo del servizio postale e per le comunicazioni a mezzo di lettera raccomandata connesse con la notificazione di atti giudiziari, occorre fare uso di speciali buste e moduli, per avvisi di ricevimento, entrambi di colore verde, da acquisire a propria cura e spese, conformi al modello prestabilito dall'Amministrazione postale. Sulle buste non devono essere apposti segni o indicazioni dai quali possa desumersi il contenuto dell'atto (in ottemperanza alle disposizioni sulla tutela della riservatezza dei dati personali di cui al D. Lgs. n. 196/2003).

Testo coordinato d.g.r. 30 maggio 2012 - n. IX/3541
Testo coordinato della d.g.r. 30 maggio 2012, n. IX/3541
“Definizione dei requisiti specifici per l’esercizio e
l’accredimento dell’assistenza domiciliare integrata”
rettificata dalla d.g.r. 6 giugno 2012 - n. IX/3584

LA GIUNTA REGIONALE

Visti:

- il d.p.c.m. 29 novembre 2001 che, nell’ambito dell’assistenza distrettuale, individua l’assistenza domiciliare fra i livelli essenziali e uniformi da garantire sul territorio;
- la legge 15 marzo 2010, n. 38 «Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore»;
- la l.r. 5 gennaio 2000, n. 1 «Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112»;
- la l.r. 2 aprile 2007, n. 8 «Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie. Collegato»;
- la l.r. 12 marzo 2008, n. 3 «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario»;
- il d.lgs. 3 ottobre 2009, n. 153 «Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell’ambito del servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell’articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69»;
- la l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità»;
- la d.c.r. 28 settembre 2010, n. 56 «Programma Regionale di Sviluppo della IX Legislatura» (PRS);
- la d.c.r. 17 novembre 2010, n. 88 di approvazione del «Piano Socio-Sanitario Regionale 2010 - 2014» (PSSR);
- la d.g.r. 1 dicembre 2010, n. 937 «Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-Sanitario regionale per l’esercizio 2011»;

Richiamati alcuni specifici contenuti della programmazione di Regione Lombardia, in particolare quanto stabilito dal citato PSSR 2010-2014 in ordine :

- alla qualificazione della rete dell’assistenza domiciliare, che valorizzi l’articolazione delle unità d’offerta sociali e socio-sanitarie a sostegno della domiciliarità;
- il Programma operativo 8 «La famiglia e la casa al centro delle politiche del welfare», contenuto nel citato PRS della IX Legislatura, che, all’Obiettivo specifico 8.1 «Integrazione dei servizi sociali e socio-sanitari modellati sui bisogni e sui percorsi di vita delle diverse famiglie», individua fra gli obiettivi operativi quello del sostegno all’assistenza continua e responsabile da perseguire attraverso la realizzazione di due azioni: la riforma dell’assistenza domiciliare sul territorio regionale e la sperimentazione di nuova modalità di erogazione del servizio di assistenza domiciliare;

Richiamata la d.g.r. 6 dicembre 2011 n. 2633 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l’esercizio 2012» nella parte in cui, all’allegato 15), prevede che nel corso del 2012 vengano definiti con apposito provvedimento, nell’ambito del processo finalizzato al passaggio di sistema dall’offerta alla domanda in funzione della centralità del cittadino, i requisiti regionali per l’esercizio e l’accredimento degli erogatori di assistenza domiciliare integrata;

Considerato che la definizione dei requisiti per l’esercizio e l’accredimento degli erogatori di assistenza domiciliare integrata concorre a dare attuazione agli obiettivi espressi nel Piano Socio Sanitario 2010 - 2014, con particolare riferimento ad una definizione chiara e sintetica delle «regole di sistema», attraverso l’omogeneizzazione sul territorio regionale dei requisiti per l’esercizio e l’accredimento delle unità di offerta di assistenza domiciliare integrata attraverso il superamento del modello erogativo di cui alla d.g.r. 9 maggio 2003 n. 12902;

Dato atto che alle unità di offerta che erogano assistenza domiciliare integrata si applicano anche i requisiti di esercizio e di accreditamento trasversali alle unità di offerta socio-sanitarie;

Stabilito di approvare con il presente atto i requisiti specifici di esercizio e di accreditamento delle unità di offerta che erogano assistenza domiciliare integrata, di cui all’allegato A) costituente parte integrante e sostanziale del presente atto;

Ritenuto conseguentemente di superare e sostituire le determinazioni di cui all’allegato B) alla d.g.r. 9 maggio 2003 n. 12902

di definizione dei requisiti preliminari alla sottoscrizione del patto di accreditamento;

Dato atto che occorre garantire la continuità assistenziale nelle more dell’adozione dei decreti di accreditamento regionale;

Stabilito pertanto di riconoscere, in via provvisoria, nei confronti dei soggetti pattanti, l’accredimento transitorio fino al 30 settembre 2012 a condizione che presentino SCIA per l’esercizio e domanda di accreditamento entro il 15 luglio 2012;

Stabilito altresì di riconoscere comunque ai soggetti gestori di cui al punto precedente la possibilità di adeguarsi al requisito trasversale di accreditamento riferito al possesso della personalità giuridica entro il 30 giugno 2013;

Acquisito il parere della competente Commissione Consiliare nella seduta del 23 maggio 2012;

Dato atto che il presente provvedimento non comporta impegni di spesa;

Stabilito di comunicare la presente deliberazione alle Aziende Sanitarie Locali;

Stabilito infine di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, nonché la pubblicazione sul sito internet della Direzione Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale ai fini della più ampia diffusione;

Vista la l.r. 7 luglio 2008, n. 20 ed i provvedimenti organizzativi della Giunta Regionale;

Vagliate e fatte proprie le predette valutazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare i requisiti specifici di esercizio e di accreditamento per le unità di offerta di assistenza domiciliare integrata, di cui all’allegato A) costituente parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di superare e sostituire le determinazioni di cui all’allegato B) alla d.g.r. 9 maggio 2003 n. 12902 di definizione dei requisiti preliminari alla sottoscrizione del patto di accreditamento;

3. di riconoscere, in via provvisoria, nei confronti dei soggetti pattanti, l’accredimento transitorio fino al 30 settembre 2012 a condizione che presentino SCIA per l’esercizio e domanda di accreditamento entro il 15 luglio 2012;

4. di riconoscere comunque ai soggetti gestori di cui al punto precedente del presente dispositivo, la possibilità di adeguarsi al requisito trasversale di accreditamento riferito al possesso della personalità giuridica entro il 30 giugno 2013;

5. di comunicare la presente deliberazione alle Aziende Sanitarie Locali;

6. di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia nonché la pubblicazione sul sito internet della Direzione Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale ai fini della più ampia diffusione.

Il segretario: Marco Pilloni

— • —

DEFINIZIONE DEI REQUISITI SPECIFICI PER L'ESERCIZIO E L'ACCREDITAMENTO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE**A. REQUISITI SPECIFICI PER L'ESERCIZIO**

A) Il soggetto gestore deve garantire le seguenti figure professionali:

- un responsabile sanitario medico con esperienza biennale in gestione dei servizi socio sanitari o corsi di management sanitario, con funzioni di organizzazione del servizio e di valutazione e miglioramento della qualità;
- personale medico con specializzazione in geriatria/disciplina equipollente o medicina interna/disciplina equipollente, personale infermieristico, ASA, OSS;
- in funzione dei bisogni delle persone in carico, per l'effettuazione delle prestazioni domiciliari previste nel PAI, il soggetto gestore deve assicurare i seguenti profili professionali: fisiatra/disciplina equipollente, professionisti della riabilitazione, educatori, e psicologo;

Tutti gli operatori devono assicurare l'integrazione dei propri interventi ed il trasferimento reciproco delle informazioni, anche al medico di medicina generale dell'assistito, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi assistenziali.

B) Almeno una sede a livello regionale - in possesso dei requisiti strutturali della civile abitazione - con la seguente articolazione degli spazi:

- o nell'area esterna dell'edificio che ospita la sede operativa deve essere esposta idonea segnaletica con gli orari di apertura e i riferimenti telefonici necessari per l'attivazione del servizio;
- o presenza di un locale con funzioni di segreteria (call center) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste di attivazione nonché per la conservazione della documentazione sanitaria (Fascicolo Socio assistenziale e Sanitario contenente il PAI e il diario assistenziale) degli assistiti in conformità al D.L.vo 196/03 in materia di privacy;
- o presenza di un locale ad uso magazzino sanitario da gestire in conformità alle normative in materia di tenuta di farmaci e presidi sanitari.

C) Orario minimo di funzionamento della segreteria: cinque giorni lavorativi di apertura settimanale della segreteria operante presso la sede operativa, per un totale di 40 ore settimanali, con possibilità di accoglimento dei messaggi degli assistiti tramite segreteria telefonica negli orari di chiusura;

D) Continuità dell'assistenza - giornate di erogazione e fasce orarie giornaliere di copertura del servizio: un numero non inferiore a 42 ore di assistenza domiciliare distribuite su 7 giorni settimanali in ragione della risposta al bisogno collegato ai Piani di assistenza individualizzati aperti;

E) Presenza dei seguenti protocolli, approvati dal Responsabile sanitario medico dell'erogatore, definiti nel rispetto delle linee guida e delle indicazioni normative internazionali, nazionali e regionali, redatti sulla base dei criteri EBN - Evidence Based Nursing - ed EBM - Evidence Based Medicine, periodicamente rivisti ed oggetto di diffusione/confronto documentato con il personale interessato:

- modalità di pulizia, disinfezione e sterilizzazione degli strumenti ed accessori
- prevenzione e trattamento delle piaghe da decubito
- gestione del catetere vescicale;
- gestione delle stomie;
- gestione della Nutrizione artificiale domiciliare (NAD) enterale e parenterale;
- gestione delle medicazioni;
- attività di educazione alla salute rivolta ai familiari della persona assistita o ad altri caregiver non professionali;
- igiene personale;
- gestione dell'incontinenza;
- mobilitazione della persona assistita;
- gestione dell'ossigenoterapia;
- trasporto del sangue e dei campioni biologici mediante contenitori idonei;
- identificazione degli eventi avversi più importanti per frequenza e gravità.

F) Adozione del fascicolo socio assistenziale e sanitario per la tenuta e l'aggiornamento delle informazioni sulla persona assistita, completo del consenso informato dell'assistito/Tutore/amministratore di sostegno e contenente la valutazione del bisogno, il PAI e il diario delle prestazioni successivamente alla dimissione dell'assistito;

G) Piano di assistenza individuale, disponibile presso il domicilio della persona assistita, aggiornato in relazione al variare dei bisogni (in esso devono essere indicati tutti gli interventi assistenziali);

- H) Diario assistenziale presso il domicilio della persona assistita per la registrazione delle prestazioni erogate dai diversi operatori, datate e controfirmate dall'operatore e dall'assistito/Tutore/amministratore di sostegno, al fine di assicurare l'integrazione degli interventi ed il trasferimento reciproco delle informazioni per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali;
- I) La prestazione domiciliare comprende la disponibilità dei beni sanitari di seguito elencati, senza oneri aggiuntivi a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

1	Aghi cannula varie misure
2	Arcelle monouso
3	Butterflies varie misure
4	Camici monouso
5	Cateteri siliconati e in lattice varie misure
6	Kit monouso chirurgico
7	Kit monouso di medicazione
8	Mascherine monouso
9	Mascherine monouso con visiera protettiva
10	Pinze monouso
11	Sonde
12	Sondini nasogastrici di silicone
13	Telini sterili
14	Schizzettoni
15	Siringhe 5 - 10 - 20 ml
16	Bende orlate
17	Cerotto carta - seta varie misure
18	Nastro adesivo elastico per fissaggio medicazioni
19	Clisma
20	Guanti lattice varie misure monouso
21	Guanti sterili varie misure monouso
22	Rete elastica varie misure per contenzione medicazioni
23	Sfigmomanometro
24	Fonendoscopio
25	Saturimetro
26	Pompe elastomeriche
27	Termometro
28	Glicometro con strisce per la determinazione della glicemia
29	Aspiratore a bassa pressione o pressione regolabile
30	Attrezzatura per enteroclisma
31	Stativi per sostenere cestelli portafiacconi per terapia infusione
32	Set per medicazioni sterili
33	Garze di varia misura, anche in confezioni sterili
34	Cotone idrofilo
35	Pinze anatomiche e chirurgiche (sterili)
36	Forbici di diverso tipo, sterili e non
37	Sonde rettali
38	Contenitori sterili per la raccolta di esami biologico (provette, flaconi sterili)
39	Provette per esami ematici
40	Cestello porta-provette (ermetico)
41	Lacci emostatici
42	Disinfettanti di diverso tipo
43	Soluzioni fisiologiche
44	Soluzioni per la detersione/disinfezione delle mani
45	Contenitore a chiusura ermetica per il trasporto di provette/contenitori
46	Medicazioni avanzate

Resta inteso che la fornitura al cittadino dei presidi previsti nel Nomenclatore Tariffario delle Protesi (D.M. n. 322/1999) è garantita dalle ASL.

- L) Il soggetto gestore assicura la disponibilità e le condizioni di buon utilizzo:

- delle divise e dei dispositivi di protezione individuale
- dei mezzi idonei in numero e tipologia, adeguati alle caratteristiche del territorio, per il raggiungimento del luogo di vita dell'utente da parte degli operatori;
- di adeguati mezzi di comunicazione con gli operatori in servizio.

Serie Ordinaria n. 23 - Venerdì 08 giugno 2012

B. DEFINIZIONE DEI REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO

- A) Continuità dell'assistenza - giornate di erogazione e fasce orarie giornaliere di copertura del servizio: un numero non inferiore a 49 ore di assistenza domiciliare distribuite su 7 giorni settimanali in ragione della risposta al bisogno collegato ai Piani di assistenza individualizzati aperti;
- B) Individuazione di un care manager che svolge un coordinamento di natura gestionale-organizzativa sulle attività assistenziali previste per tutti gli assistiti in carico al soggetto gestore;
- C) Disponibilità di un servizio di reperibilità telefonica attivo per 7 giorni /settimana, disponibile dalle 9 alle 18;
- D) La presa in carico (ossia il tempo che trascorre dalla data del primo contatto alla definizione del PAI) deve essere garantita entro 72 ore salvo urgenze segnalate dal medico o dalla struttura ospedaliera, che devono essere prese in carico entro 24 ore; le prestazioni di riabilitazione ricomprese nel PAI possono essere attivate anche successivamente alle 72 ore;
- E) Dichiarazione di impegno a dare attuazione ai protocolli di continuità dell'assistenza, dove presenti.

C. REQUISITI SPECIFICI DI ACCREDITAMENTO PER LE CURE PALLIATIVE

I soggetti gestori che intendono accreditarsi per l'erogazione di cure palliative, per malati oncologici e non, devono garantire i seguenti ulteriori requisiti:

- 1. Personale medico in possesso di una delle seguenti specialità: medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria per le cure palliative pediatriche; assenza di specialità o con specialità diversa dalle precedenti; medici con almeno 3 anni di documentata esperienza in cure palliative e nella terapia del dolore;
- 2. Continuità dell'assistenza - giornate di erogazione e fasce orarie giornaliere di copertura del servizio: un numero non inferiore a 49 ore di assistenza domiciliare distribuite su 7 giorni settimanali in ragione della risposta al bisogno collegato ai Piani di assistenza individualizzati aperti;
- 3. Individuazione di un care manager che svolge un coordinamento di natura gestionale-organizzativa sulle attività assistenziali previste per tutti gli assistiti in carico al soggetto gestore;
- 4. Disponibilità di un servizio di reperibilità telefonica attivo per 7 giorni /settimana, disponibile dalle 9 alle 18;
- 5. La presa in carico (ossia il tempo che trascorre dalla data del primo contatto alla definizione del PAI) deve essere garantita entro 72 ore salvo urgenze segnalate dal medico o dalla struttura ospedaliera, che devono essere prese in carico entro 24 ore;
- 6. Presenza di protocolli, sottoscritti dal Responsabile sanitario medico, per il monitoraggio e il trattamento dei sintomi.

L'organizzazione del servizio e la formazione del personale inerenti le cure palliative, le cure palliative pediatriche e la terapia del dolore devono rispettare la normativa e le linee guida regionali e nazionali.