

**DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE  
ASUR  
N. DEL**

**Oggetto: AV1 – Approvazione convenzione con la RSA “Montefeltro” di Urbino e “Casa Argento” di Fossombrone per erogazione prestazioni di assistenza sanitaria a pazienti non autosufficienti. Anno 2016-2017.**

**IL DIRETTORE GENERALE  
ASUR**

- . . . -

VISTO il documento istruttorio, allegato alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTA l'attestazione dei Responsabili del Bilancio e del Controllo di Gestione circa la copertura economico/finanziaria del presente atto;

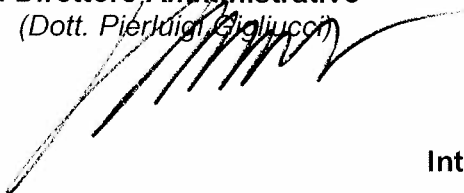
ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

**- D E T E R M I N A -**

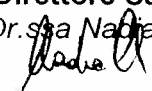
1. di approvare, per il periodo dal 1/1/2016 al 31/12/2017, la convenzione con la struttura Residenza Sanitaria Assistenziale “MONTEFELTRO” codice ORPS 603502, situata nel Comune di Urbino (PU), Via G. di Vittorio n. 14 -accreditata con decreto n. 109/DSS del 14/11/2012- per l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale a favore degli anziani non autosufficienti e disabili assistiti, alle condizioni e con le modalità specificate nell'allegato schema di convenzione (A), il cui testo forma parte integrante e sostanziale della presente determina;
2. di approvare, per il periodo dal 1/1/2016 al 31/12/2017, la convenzione tra l'ASUR - Area Vasta n. 1 e la R.S.A. “Casa Argento” s.r.l. di Fossombrone codice ORPS 600346, accreditata con Decreto Dirigenziale regionale n. 381/ACR del 23/10/2015, per l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale a favore degli anziani non autosufficienti e disabili assistiti, alle condizioni e con le modalità specificate nell'allegato schema di convenzione (B), il cui testo forma parte integrante e sostanziale della presente determina;
3. di precisare che la spesa massima per l'anno 2016 per entrambe le strutture, pari ad € 1.684.585,00, è conforme alle disposizioni regionali ed aziendali di cui ultima la nota DG Asur prot. 3142/2016, e verrà registrata sul conto economico n. 0505100107 “Acquisto di prestazioni di assistenza residenziale alle persone anziani e disabili”;

4. di precisare, altresì, che il tetto massimo di spesa per l'anno 2017 dovrà essere determinato sulla base delle disposizioni vincolanti regionali ed aziendali che saranno emesse e che dovranno essere comunicate formalmente al fornitore;
5. di delegare il Direttore dell' Area Vasta 1 alla sottoscrizione degli accordi contrattuali in oggetto, successivamente all'approvazione della determina del Direttore Generale dell'ASUR;
6. di nominare quale Responsabile del Procedimento il Dott. Tiziano Busca e quali Responsabili dell'esecuzione dei contratti, il Direttore del Distretto n.2 di Urbino Dr. Romeo Magnoni per la RSA Montefeltro ed il Direttore del Distretto n.3 di Fano Dott. Giovanni Guidi per la RSA Casa Argento;
7. di precisare che questa Azienda si riserva di modificare, integrare, revocare anche parzialmente i contenuti del presente atto, qualora intervenissero modifiche normative di riferimento;
8. di trasmettere il presente atto per quanto di competenza a:
  - a. Collegio Sindacale,
  - b. Area Vasta n.1
9. di dichiarare che la presente determina non è soggetta al controllo regionale ed è efficace dal giorno di pubblicazione nell'albo pretorio informatico ASUR, ai sensi dell'art.1 L.R. n.36/2013.

**Il Direttore Amministrativo**  
(Dott. Pierluigi Gigliucci)



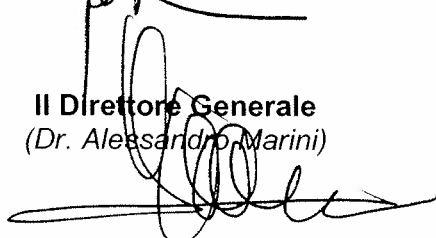
**Il Direttore Sanitario**  
(Dr.ssa Nadia Storti)



**Il Direttore Area  
Integrazione Socio-Sanitaria**  
(Dr. Giovanni Feliziani)



**Il Direttore Generale**  
(Dr. Alessandro Marini)



**- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -**  
**AV1 - U.O.C. Comunicazione-CUP-Front Office-Sistema Prestazioni Territoriali**

Normativa di Riferimento

- D. Lgs. 502/92 e s.m.i., art.8 - quinquies;
- Legge Regionale n. 20 del 16/03/2000, recante ad oggetto. "Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private".
- DGRM n. 1889/2001 n. 1 recante ad oggetto: "Determinazione dei requisiti richiesti per l'accreditamento e la classificazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie".
- DGRM n.323/2005, recante ad oggetto: "Accordo con le organizzazioni sindacali sulle residenze sociali e adozione atti relativi alla riqualificazione delle residenze socio-sanitarie per anziani non autosufficienti".
- DGRM n.704/2006, recante ad oggetto: "Approvazione di Modello di convenzione per residenze protette in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA. Modifiche agli Allegati A,B,C della DGR 323/2005.
- L.R. n. 17/2011 "Ulteriori modifiche della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13: Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", della Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e modifica della legge regionale 22 novembre 2010, n. 17.
- DGRM n.1011/2013, recante ad oggetto: "Definizione degli standard assistenziali e dei criteri di rilevazione dei costi gestionali delle residenzialità e semiresidenzialità delle aree sanitarie extraospedaliere e socio-sanitarie nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale".
- DGRM n.1260/2013 "Modello assistenziale integrato per la residenzialità dell'area sanitaria extra ospedaliera e socio-sanitaria nei settori anziani, disabili e salute mentale: istituzione tavolo di confronto.
- DGRM n.1742/2013 "Modello assistenziale integrato per la residenzialità delle aree sanitarie extra ospedaliera e socio-sanitaria nei settori anziani, disabili e salute mentale - modifiche alla DGR 1260/2013.
- DGRM n.1013/2014 "Modifica alla DGR n. 986 del 07/08/2014 "DGR 1750 del 27/12/2013 L.R. n. 13 del 20/06/2003 - Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi Bilanci Economici Preventivi per l'anno 2014. - Modificazioni ed Integrazioni.";
- DGRM n. 1331/2014 "Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed Enti Gestori - modifica della DGR 1011/2013";
- DGRM n. 1224/2015 "L.R. n. 13 del 20/06/2003 - Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2015";
- Nota DG Asur prot. 3142 del 1/2/2016/ASUR/DG/P "Linee Aziendali di programmazione per l'anno 2016";

Motivazione:

Nel merito dell'oggetto, si rileva che da diverso tempo dalle analisi demografiche del territorio è emerso, conformemente al trend nazionale, un crescente invecchiamento della popolazione causata, da un lato da progressivi incrementi della speranza di vita e dall'altro dalla riduzione dei livelli di fecondità tra, tra i più bassi al mondo.

L'azione combinata di questi due processi ha avuto l'effetto di trasformare sensibilmente la struttura per età della popolazione italiana, determinando un progressivo rafforzamento delle proporzioni di individui anziani ed un calo della percentuale di giovani.

Se pur è dimostrato come si sia certamente guadagnata vita attiva e salute, contemporaneamente, non è diminuita la lunghezza del periodo medio che si passa come disabili gravi. La conseguenza principale è che si è spostata l'intera coorte della "età della vecchiaia" verso età maggiori, complicando ulteriormente il fattore assistenziale.

Dal punto di vista sociologico, inoltre, è facile osservare come l'appoggio della famiglia sulla non autosufficienza sia sempre più in difetto: non solo perché ci sono meno figli, ma perché questi lavorano di più e più a lungo.

Questi scenari, uniti al fatto che il numero di posti letto per abitanti nella provincia di Pesaro-Urbino è inferiore alla media Nazionale (2,9 pl. per centomila abitanti a fronte di una media, a tendere del 3,6 pl per centomila abitanti) -, assumono nella Regione Marche ed in particolare nella provincia di Pesaro e Urbino una forte connotazione che ha generato una richiesta crescente di prestazioni di residenzialità agli anziani non autosufficienti e disabili.

L'Area Vasta, non potendo far fronte esclusivamente con le proprie strutture a tali crescenti bisogni, ha necessità di attivare convezioni con altri soggetti gestori.

Nella realtà provinciale esistono due strutture accreditate e precisamente:

- nel Comune di Urbino in Via G. Di Vittorio n.14, è situata la **RSA Montefeltro** gestita dal Comune di Urbino con 40 pl, accreditata con decreto n. 109/DSS del 14/11/2012;
- nel Comune di Fossombrone in Via Saffi n.2, è situata la struttura **RSA Casa Argento** che è stata autorizzata, ai sensi della L.R. n. 20/2000, per n. 40 p.l. di RSA, giusta Determinazione del 4.07.2001, del Responsabile del Settore Servizi Sociali del Comune di Fossombrone; la struttura in parola, con successivo decreto Dirigenziale regionale n. 10/SOP/04 del 18 gennaio 2006, è stata accreditata per l'erogazione di prestazioni di residenze sanitarie assistenziali.

Questa Area Vasta si è già convenzionata negli anni precedenti con le due strutture per l'erogazione di assistenza sanitaria a pazienti non autosufficienti e, perdurando la situazione e le criticità sopra espone, ha necessità di rinnovare anche per l'anno corrente le convenzioni con le due strutture.

In tale contesto, deve essere applicata la DGRM n.1331/2014 con la quale sono state adeguate le tariffe delle strutture residenziali e semi residenziali secondo i nuovi parametri economici ed assistenziali previsti dalla normativa regionale.

A seguito di dichiarazioni acquisite agli atti e fatte salve le verifiche e controlli di competenza di questa Area Vasta, entrambe le strutture prevedono i seguenti standards assistenziali in coerenza a quelli previsti per le RSA per anziani non autosufficienti e le RSA demenze (codice R2.2):

Denominazione livello assistenziale e codice (ALL. B) e modalità applicative dell'accordo (ALL. A)	Denominazione Struttura	Quota SSR (€)	Quota Compartecipazione Utente/Comune	Quota Totale (€)	Profilo	Standard Assistenziali (a)	Note applicative
Cure Residenziali Estensive R2.2	RSA	80,50	42,50	123,00	Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assistenza medica (1): 100 min/die ogni 20 p.l.</li> <li>▪ Assistenza globale (2): almeno 140m/die per ospite di cui:</li> <li>▪ Assistenza infermieristica (3): 45m/die per ospite (con presenza in struttura h24)</li> <li>▪ OSS: 85 min/die per ospite (con presenza in struttura h24)</li> <li>▪ Personale riabilitativo (fisioterapista): 10 min/die per ospite</li> </ul> <p>(1) L'assistenza medica è riferita all'impegno di coordinamento delle attività sanitarie e igienico organizzative. Essa è aggiuntiva all'attività svolta dal Medico di Assistenza Primaria (MMG) a cui l'assistito è in carico</p> <p>(2) L'assistenza globale è riferita al totale di minuti erogati</p>	Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002, afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario le RSA per anziani non autosufficienti (punto 7.6 del manuale di autorizzazione di cui alla DGR 2200/2000 e s.m.i.)

						da infermieri, OSS, personale riabilitativo/educatore. (3) L'assistenza infermieristica è un di cui dell'assistenza globale.
--	--	--	--	--	--	--

La tariffa corrispondente agli standard sopra indicati così come indicata dalla DGRM 1331/2014, corrisponde ad € 123,00 e verrà interamente corrisposta dall'ASUR AV 1, per i primi 60 giorni di degenza mentre, dal 61°, si procederà ad una compartecipazione alla spesa nella misura seguente:

- €80,50 a carico dell'Area Vasta 1;
- €42,50 a carico dell'utente, (sono escluse da detta retta le prestazioni aggiuntive che costituiscono esclusivo miglioramento del confort alberghiero o prestazione extra accreditamento a richiesta del paziente).

Per quanto concerne il Bdg 2016, vista la DGRM n.1124/2015 e la successiva nota DG Asur prot. 3142 del 1/2/2016/ASUR/DG/P con cui si assegna provvisoriamente il bdg 2016 nella misura del -1% rispetto all'anno 2015, il tetto massimo di spesa per le due strutture è, rispettivamente, € 1.043.878,00 per la RSA Montefeltro e € 640.707,00 per la RSA Casa Argento.

La spesa complessiva prevista di € 1.684.585,00 sarà registrata sul conto n. 0505100107 (assistenza residenziale per anziani e disabili da altre strutture sanitarie) del Bilancio dell'esercizio 2016 sezionale dell'Area Vasta n. 1.

Come recentemente disposto dalla Direzione Generale, si ritiene opportuno approvare l'atto a valenza pluriennale.

Esito dell'istruttoria:

Premesso e considerato quanto sopra, si propone al Direttore Generale l'adozione del seguente schema di determina:

- di approvare, per il periodo dal 1/1/2016 al 31/12/2017, la convenzione con la struttura Residenza Sanitaria Assistenziale "MONTEFELTRO" codice ORPS 603502, situata nel Comune di Urbino (PU), Via G. di Vittorio n. 14 -accreditata con decreto n. 109/DSS del 14/11/2012- per l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale a favore degli anziani non autosufficienti e disabili assistiti, alle condizioni e con le modalità specificate nell'allegato schema di convenzione (A), il cui testo forma parte integrante e sostanziale della presente determina;
- di approvare, per il periodo dal 1/1/2016 al 31/12/2017, la convenzione tra l'ASUR - Area Vasta n. 1 e la R.S.A. "Casa Argento" s.r.l. di Fossombrone codice ORPS 600346, accreditata con Decreto Dirigenziale regionale n. 381/ACR del 23/10/2015, per l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale a favore degli anziani non autosufficienti e disabili assistiti, alle condizioni e con le modalità specificate nell'allegato schema di convenzione (B), il cui testo forma parte integrante e sostanziale della presente determina;
- di precisare che la spesa massima per l'anno 2016 per entrambe le strutture, pari ad € 1.684.585,00, è conforme alle disposizioni regionali ed aziendali di cui ultima la nota DG Asur prot. 3142/2016, e verrà registrata sul conto economico n. 0505100107 "Acquisto di prestazioni di assistenza residenziale alle persone anziani e disabili";
- di precisare, altresì, che il tetto massimo di spesa per l'anno 2017 dovrà essere determinato sulla base delle disposizioni vincolanti regionali ed aziendali che saranno emesse e che dovranno essere comunicate formalmente al fornitore;
- di delegare il Direttore dell' Area Vasta 1 alla sottoscrizione degli accordi contrattuali in oggetto, successivamente all'approvazione della determina del Direttore Generale dell'ASUR;

- di nominare quale Responsabile del Procedimento il Dott. Tiziano Busca e quali Responsabili dell'esecuzione dei contratti, il Direttore del Distretto n.2 di Urbino Dr. Romeo Magnoni per la RSA Montefeltro ed il Direttore del Distretto n.3 di Fano Dott. Giovanni Guidi per la RSA Casa Argento;
- di precisare che questa Azienda si riserva di modificare, integrare, revocare anche parzialmente i contenuti del presente atto, qualora intervenissero modifiche normative di riferimento;
- di trasmettere il presente atto per quanto di competenza a:
  - a. Collegio Sindacale,
  - b. Area Vasta n.1
- di dichiarare che la presente determina non è soggetta al controllo regionale ed è efficace dal giorno di pubblicazione nell'albo pretorio informatico ASUR, ai sensi dell'art.1 L.R. n.36/2013.

Incaricato fase istruttoria  
*Piero Betti*

Il Direttore  
(Dott. Tiziano Busca)

- ALLEGATI -

- A) Schema di convenzione tra l'ASUR – Area Vasta n. 1 - e la R.S.A. "Montefeltro" di Urbino,
- B) Schema di convenzione tra l'ASUR – Area Vasta n. 1 - e la R.S.A. "Casa Argento" s.r.l. di Fossombrone

Per il parere infrascritto:

**Ragioneria, Bilancio e Controllo di Gestione :**

Si prende atto di quanto dichiarato dal responsabile del procedimento e si attesta che spesa derivante dal presente atto pari ad € 1.684.585,00, è conforme alle disposizioni regionali ed aziendali di cui ultima la nota DG Asur prot. 3142/2016, e verrà registrata sul conto economico n. 0505100107 "Acquisto di prestazioni di assistenza residenziale alle persone anziani e disabili".

Il Responsabile del Controllo di Gestione  
Dott.ssa Anna Olivetti

Il Responsabile del Bilancio  
Dott.ssa Laura Cardinali

**Allegato A**

**Comune di Urbino**  
in qualità di gestore della  
"RSA MONTEFELTRO" - Urbino (PU)

**ASUR**  
**Azienda Sanitaria Unica Regionale**  
**Area Vasta n.1 – Fano (PU)**

**CONVENZIONE PER IL SERVIZIO DI RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA "MONTEFELTRO"**

**TRA**

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), con sede legale in Via Caduti del Lavoro n. 40 – 60132 Ancona cod. fisc. e partita IVA: 02175860424, nella persona del legale rappresentante p.t. Direttore Generale, Dott. Alessandro Marini, domiciliato per la carica presso la sede dell'Ente medesimo, che delega il Dott. Carmine Di Bernardo, Direttore della sede operativa Area Vasta n. 1 (d'ora innanzi denominata ASUR – Area Vasta n. 1)

**E**

Il Comune di Urbino, in qualità di gestore della Residenza Sanitaria Assistita "MONTEFELTRO", situata in Urbino (PU) – Via G. di Vittorio, 14, nella persona del Sindaco - Legale Rappresentante dell'Ente Dott. Maurizio Gambini, struttura accreditata con decreto n. 109/DSS del 14/11/2012, codice ORPS 603502.

Si conviene e si stipula quanto segue:

**Art. 1 – OGGETTO**

La presente convenzione disciplina le modalità di gestione/funzionamento della Residenza Sanitaria Assistita "MONTEFELTRO" situata ad Urbino via G. Di Vittorio n. 14.

Tale struttura risulta autorizzata e accreditata, ai sensi della L.R. 20/2000, per n. **40** posti letto.

In particolare la convenzione regola:

- le modalità di ammissione alla struttura e la regolamentazione della lista d'attesa;
- le modalità assistenziali e le prestazioni ed i servizi erogati;
- la dotazione del personale,
- la spesa annua massima a carico del SSN,

**Art. 2 – FINALITA'**

La Residenza Sanitaria Assistenziale, è una struttura residenziale extraospedaliera caratterizzata dall'integrazione funzionale ed organica dei servizi sanitari e di quelli socio-sanitari che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera.

È organizzata secondo le previsioni del Piano Sanitario Regionale e delle Linee Guida sull'organizzazione e sul funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali dell'Assessorato alla Sanità della Regione Marche.

**Art. 3 - TIPOLOGIA DEGLI OSPITI E DURATA DELLA PERMANENZA**

La RSA è destinata a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, anche portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate.

Sono previsti:

- Ricoveri temporanei con una degenza che di norma può andare fino ad un massimo di 60 gg a seconda del caso; nel caso in cui l'obiettivo del progetto assistenziale venga raggiunto anticipatamente rispetto ai tempi concordati, l'ospite cessa la permanenza in Residenza Sanitaria.
- Ricoveri di sollievo alle famiglie, la cui permanenza non deve superare i 30 giorni (in questo caso la quota alberghiera è a totale carico dell'utente dal primo giorno d'ingresso).
- Ricoveri prolungati, trattasi di casi a maggior complessità clinico-assistenziale per i quali non è ipotizzabile un trasferimento ad altro setting assistenziale ovvero nel caso intervengano problematiche nuove; per questi casi la permanenza dell'ospite può venire prorogata e l'U.V.I. formulerà un nuovo progetto assistenziale con rivalutazione periodica; nella fattispecie resta comunque in carico all'utente la quota alberghiera.

Al fine di delineare modelli di gestione che garantiscano un'assistenza più mirata alla peculiarità delle condizioni di bisogno espresse da ciascun ospite, occorre pervenire alla differenziazione delle tipologie degli ospiti da assistere in strutture o moduli dedicati:

- **Anziani con forme cronico – degenerative:** anziani con forme cronico degenerative – ricomprende soggetti colpiti da sindromi con andamento cronico-degenerativo non guaribili (osteoporosi polidistrettuale, morbo di parkinson, vasculopatie di tutti i distretti arteriosi, ecc..) o da eventi morbosi (esiti di ictus cerebrale) che richiedono attività terapeutica e assistenziale continua e interventi riabilitativi, allo scopo di prevenire le conseguenze negative connesse all'immobilità o di limitare i ricoveri in ambito ospedaliero. Inoltre, occorre tener conto che molte "medio-lunghe degenze terminali" (dovute a patologie irreversibili) si esauriscono in ambiente ospedaliero per l'impossibilità del paziente anziano di rientrare al proprio domicilio causa assenza di un contesto familiare in grado di garantirgli il livello indispensabile di assistenza.
- **Anziani con forme di demenza:** anziani con forme di demenza - comprende soggetti colpiti da forme di grave ed irreversibile decadimento cognitivo.
- **Adulti disabili:** ricomprende soggetti disabili adulti con gravi e plurimi deficit psico-fisici che hanno concluso la fase di riabilitazione intensiva e/o estensiva e che necessitano di terapia di mantenimento e/o prevenzione del degrado del recupero acquisito.

Per l'accoglienza dei pazienti occorre distinguere tra:

- Le persone dimesse dagli ospedali affette da patologie internistiche, osteomuscolari, neurologiche, psico-organiche che possono richiedere un'assistenza integrata non fruibile a domicilio la cui degenza di norma non si protrae oltre i 30 giorni;
- Gli anziani affetti da forme cronico-degenerative e con forme di demenza, per le quali la durata della permanenza viene stabilita caso per caso;
- Gli adulti disabili di cui alla terza patologia per i quali la durata della degenza non si protrae oltre i 30 giorni.

#### Art. 4 - MODALITA' DI AMMISSIONE-DIMISSIONE

Le persone ammesse al ricovero in RSA possono provenire:

- Dal domicilio,
- Da una struttura ospedaliera; sia dal reparto per acuti sia dalle lungodegenze o riabilitazioni.
- Da struttura riabilitativa.
- Da strutture di Cure Intermedie

L'ammissione degli ospiti avviene presentando domanda scritta formulata, a seconda della provenienza, rispettivamente da:

- Medico di Medicina Generale (se proveniente dal domicilio)
- Nucleo Dimissioni Protette (se proveniente da Struttura ospedaliera di AV1)
- Struttura riabilitativa regionale ed extraregionale - Struttura ospedaliera regionale ed extraregionale.

La domanda, corredata da apposita relazione sanitaria e Scheda di Valutazione Assistenziale, va inviata, in base al comune di residenza della persona, all' U.V.I. del Distretto di appartenenza che effettua una valutazione multidimensionale del caso per definire:

- L'ammissibilità della persona.
- Il percorso assistenziale dell'ospite.
- Il piano assistenziale individuale (P.A.I.) con definizione del periodo utile per il raggiungimento degli obiettivi definiti.

L'ammissione è subordinata all'accettazione del regolamento della struttura.

La permanenza nella RSA è limitata, al tempo necessario per il raggiungimento degli obiettivi identificati nel piano assistenziale predisposto dall'U.V.I.

È facoltà dell'U.V.I. decidere la struttura più idonea tenuto conto dei problemi di salute del soggetto, della disponibilità dei posti e della residenza.

Possono accedere alla rete delle RSA, previa autorizzazione del proprio distretto di appartenenza con relativo P.A.I. definito dall'U.V.I., anche i residenti nei comuni non afferenti all'AV1 o provenienti da altra regione.



In quest'ultimo caso sarà cura dell'Ente Gestore provvedere alla fatturazione diretta all'ASL di residenza del soggetto preso in carico.

La **dimissione** è proposta dal Responsabile clinico del soggetto.

Nel caso in cui l'obiettivo del progetto assistenziale venga raggiunto prima del periodo di permanenza preventivato, l'ospite viene dimesso anticipatamente come già enunciato al precedente articolo 3).

È facoltà dell'equipe assistenziale della struttura proporre un periodo di proroga alla permanenza in RSA nel caso in cui intervengano problematiche nuove o non siano stati ancora raggiunti gli obiettivi clinico-assistenziali prefissati.

Di norma la dimissione viene programmata con l'ospite e/o ai suoi famigliari con almeno sette giorni di anticipo rispetto alla data stabilita.

La proroga e la dimissione dalla RSA viene ratificata dall'U.V.I.

Qualora la persona venga ricoverata in ospedale, viene mantenuto il posto letto in RSA per un periodo non superiore ai 15 gg oltre il quale verrà valutato dal Responsabile clinico, in accordo con l'U.V.I. la possibilità di ulteriore proroga tenuto conto del motivo per il quale è stato autorizzato il ricovero in RSA, delle condizioni che hanno portato al ricovero in ospedale nonché del periodo di permanenza in RSA di cui si è già usufruito.

L'inserimento viene autorizzato con nota del Direttore del Distretto in cui insiste la Struttura essendo, quest'ultimo, eletto a Responsabile dell'esecuzione contrattuale, previa relazione dell'U.V.I. attestante le necessità e i bisogni assistenziali, la formulazione dei piani di trattamento e il tempo di permanenza della struttura.

La compatibilità della spesa con il budget assegnato è attestata dallo stesso Direttore del Distretto.

Nel caso di pazienti che provengono dall'ospedale i medici ospedalieri, tramite il Nucleo Dimissioni Protette, formulano all'U.V.I. la proposta di ammissione alla R.S.A. con indicazione e prescrizione del piano di trattamento utilizzando la modulistica in uso nell'Area Vasta 1 per l'inserimento nel Sistema Residenziale.

Il periodo di permanenza in R.S.A. può essere prorogato, previa rivalutazione dell'U.V.I. e su richiesta del MMG del paziente, tenendo presente che l'ospitalità in R.S.A. è, per natura, transitoria e non permanente.

#### **Art. 5 – MODALITA' ASSISTENZIALI**

L'Area Vasta 1 definisce annualmente la tipologia ed il volume delle attività previste.

Le attività sanitarie che si svolgono nelle R.S.A. devono essere adeguatamente integrate con quelle del Comparto Sociale.

Il processo di integrazione fra sanitario e sociale si realizza a livello istituzionale mediante protocolli d'intesa fra l'Area Vasta 1, gli Enti Locali, i privati ed il volontariato in ottemperanza alla normativa statale e regionale.

Attraverso l'integrazione con i Servizi Territoriali dell'Area Vasta 1 e dei Comuni, la R.S.A. utilizza un modello organizzativo in grado di garantire:

- La valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dai problemi/bisogni sanitari, cognitivi psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- La stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- La raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionale tale da permettere il controllo continuo della attività delle R.S.A.;
- Il coinvolgimento della famiglia dell'ospite
- Il personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.

Nella R.S.A.:

- devono essere privilegiati modelli operativi di stimolazione dell'autonomia (anche residuale) e di rieducazione funzionale in accordo con l'approccio farmacologico;
- devono essere rispettati al massimo i ritmi della normale quotidianità, favorendo l'espletamento di attività quali il lavarsi, l'alimentarsi, il riposo pomeridiano e notturno;
- deve prevedersi il massimo utilizzo di spazi comuni interni ed esterni, di risorse per la socializzazione soprattutto attraverso le risorse esterne: quartiere e ambito cittadino in cui è inserita la R.S.A.;

➤ deve essere assicurata ai malati terminali l'adeguata assistenza psicologica, il sostegno morale e l'assistenza spirituale per salvaguardare al massimo la loro qualità di vita sino alla fine.

Nelle R.S.A. sono erogati anche gli interventi di riabilitazione estensiva o di mantenimento.

Le attività di riabilitazione estensiva rivolte agli ospiti di tali strutture riguardano in particolare:

➤ soggetti disabili fisici, psichici, sensoriali o a lento recupero, non assistibili a domicilio, richiedenti un progetto riabilitativo individuale caratterizzato da trattamenti sanitari riabilitativi estensivi;

➤ soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena, richiedenti un alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità ed intensità e senza copertura medica continuativa nelle 24 ore.

Le attività di riabilitazione estensiva o intermedia sono caratterizzate da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento.

Tenuto conto della tipologia degli ospiti (maggioranza di esenti ticket per patologia e invalidi civili) la farmacia ospedaliera e/o altri servizi dell' Area Vasta 1, forniscono alla R.S.A. come stabilito dalla DGR n.1011/2013 e determina DG Asur n.269/2015:

- Fornitura presidi protesici personalizzati,
- Assistenza del Medico di MG,
- Fornitura farmaci prescritti su ricettario SSN,
- Prodotti e presidi per la nutrizione entrale e parenterale,
- Altri presidi prescritti dall'UVI,
- Visite specialistiche ed esami diagnostici,
- Prestazioni riabilitative multidisciplinari,
- Trasporti sanitari sulla base della regolamentazione regionale in materia tramite autoambulanza in caso di necessità, con protocolli definiti dall'Area Vasta 1.

secondo le disposizioni nazionali e regionali in materia.

Il Responsabile Sanitario della R.S.A. definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenza o eventi imprevisti e predispose la dimissione tenendo conto del tempo di permanenza concesso dall'U.V.I.

La rivalutazione periodica del paziente è altresì finalizzata alla verifica dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi posti nei piani di trattamento.

Di questo processo viene dato conto, con i dati esplicativi, nella relazione annuale sull'attività della struttura residenziale.

#### **Art. 6 - PRESTAZIONI E SERVIZI**

Come definito dalla DGR n.1011/2013, la RSA fornisce prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore.

I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici.

Nello specifico garantisce ai propri ospiti:

- l'assistenza medica, infermieristica, farmaceutica, riabilitativa, specialistica, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- l'assistenza tutelare diurna e notturna in conformità con la normativa regionale in materia; sono comprese tutte le attività di assistenza dell'utente per l'espletamento delle funzioni relative a igiene personale, aiuto nelle ordinarie attività giornaliere (vestizione, assunzione cibo, necessità fisiologiche, etc.), mobilitazione, accompagnamenti per l'esecuzione di prestazioni sanitarie;
- le attività occupazionali e di animazione, nonché l'assistenza religiosa;
- il servizio alberghiero (comprensivo di vitto, guardaroba e lavanderia, barbiere/parrucchiere, pulizia dei locali) e di supporto amministrativo-gestionale (accettazione, portineria, segreteria - amministrazione, telefono, posta, economato, provveditorato, etc.).

#### **ART. 7 – DIREZIONE E ORGANIZZAZIONE**

Fermo restando le competenze nella gestione degli accessi e del turnover, proprie dell'U.V.I., il coordinamento dell'organizzazione viene affidato a un Dirigente sanitario della struttura RSA, con funzioni di responsabilità igienico-organizzative, di direzione e coordinamento del personale, di verifica dell'attuazione dei piani di intervento e di tenuta della documentazione sanitaria.

In particolare il Dirigente Sanitario garantisce:

- Il monitoraggio e la documentazione delle attività
- La rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale
- La trasmissione mensile dell'elenco nominativo degli ospiti presenti all'Area Vasta 1, comprensivo della relativa spesa
- La rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dall'ASUR e, nello specifico, il monitoraggio delle prestazioni erogate trasmettendo informaticamente le stesse alla AV, secondo il disciplinare dell'NSIS sui flussi informativi RUG (FAR) in aderenza delle normative nazionali.
- La registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale compresi i turni di servizio effettuati
- La RSA s'impegna ad implementare un modello organizzativo che garantisca:
- Il lavoro di tutti gli operatori (medici e non) secondo le modalità e le logiche dell'equipe multidisciplinare;
- L'integrazione con i servizi territoriali dell'Area Vasta 1 per le prestazioni che devono essere assicurate tramite il personale dei distretti sanitari territorialmente competenti
- La formazione continua del personale attraverso un piano annuale di formazione aggiornato e coordinato dal responsabile sanitario di struttura.

#### ART. 8 - PERSONALE DELLA RSA

La dotazione di personale deve essere programmata tenuto conto che le finalità delle residenze assistenziali sono quelle di garantire l'assistenza sanitaria di base per il mantenimento e miglioramento dello stato di salute, l'assistenza sanitaria specialistica per i trattamenti riabilitativi programmati, l'assistenza alla persona per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana (igiene personale, vestizione, alimentazione, deambulazione) e per il mantenimento della vita di relazione.

Competono all'ASUR- l'Area Vasta 1, attraverso l'UVI le funzioni di verifica e controllo dell'attività svolta all'interno della struttura stessa, il controllo e la verifica della qualità assistenziale.

Per ogni assistito ammesso la RSA assicura, nel pieno rispetto della dignità dell'assistito e secondo i propri parametri, l'assistenza alberghiera, la cura dei bisogni personali e sociali di rilevanza sanitaria, nonché l'assistenza sanitaria a mezzo del seguente personale con i relativi standards assistenziali stabiliti dalla DGRM n.1331/2014:

Denominazione livello assistenziale e codice (ALL. B) e modalità applicative dell'accordo (ALL. A)	Denominazione Struttura	Profilo	Standard Assistenziali (a)
Cure Residenziali Estensive R2.2	RSA	Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici	Assistenza medica (1): 100 min/die ogni 20 p.l. Assistenza globale (2): almeno 140m/die per ospite di cui: Assistenza infermieristica (3): 45m/die per ospite (con presenza in struttura h24) OSS: 85 min/die per ospite (con presenza in struttura h24) Personale riabilitativo (fisioterapista): 10 min/die per ospite  <i>(1)L'assistenza medica è riferita all'impegno di coordinamento delle attività sanitarie e igienico organizzative. Essa è aggiuntiva all'attività svolta dal Medico di Assistenza Primaria (MMG) a cui l'assistito è in carico</i>

			<p>(2) L'assistenza globale è riferita al totale di minuti erogati da infermieri, OSS, personale riabilitativo/educatore. (3) L'assistenza infermieristica è un di cui dell'assistenza globale.</p>
--	--	--	---

Il rispetto degli standard assistenziali infermieristici e OSS deve essere documentato attraverso la pianificazione dei turni di servizio e la rendicontazione oraria mensile di ogni figura professionale, compreso quelle relative all'assistenza alberghiera, occupazionale e riabilitativa.

Per ogni assistito vengono definiti il programma sanitario di cura e riabilitazione ed il piano di interventi sanitari di concerto il Medico di Medicina Generale ai fini della continuità assistenziale.

Il piano di interventi sanitari viene seguito, per quanto di competenza, dagli infermieri, dai terapisti della riabilitazione e dagli OSS, in collaborazione con il Medico di MMG.

La struttura è tenuta a rendere noto l'elenco del personale al momento impiegato distinto per qualifica.

La RSA si obbliga, inoltre, a garantire per detto personale il rispetto degli accordi nazionali di lavoro di categoria vigenti ed il rispetto delle vigenti disposizioni di legge in materia di incompatibilità all'esercizio dell'attività professionale presso la struttura.

Per ogni assistito vengono definiti il programma sanitario di cura e riabilitazione ed il piano di interventi sanitari di concerto con il medico di Medicina Generale ai fini della continuità assistenziale.

Il piano di interventi sanitari viene eseguito, per quanto di competenza, dagli infermieri, dai terapisti della riabilitazione e dagli OTA/OSA/OSS, sotto la diretta responsabilità del medico di MMG.

Per i servizi generali di refezione – lavanderia e guardaroba – attività di pulizia degli ambienti provvede autonomamente la RSA, secondo le sue esigenze organizzative.

#### ART. 9 – DISPONIBILITA' DI POSTI LETTO E REGOLAMENTAZIONE LISTE DI ATTESA

Le parti convengono che la struttura mette a disposizione dell'Area Vasta 1 – n. **40 posti letto** giornalieri in RSA per gli utenti accreditati tramite il sistema sanitario.

Per l'occupazione di tali posti, tra gli utenti autorizzati dall'UVI, sarà tenuta dalla struttura una graduatoria di priorità basata sui criteri definiti nella carta dei servizi della struttura e meglio specificati all'art 11.

Fermo restando le modalità di accesso stabilite, qualora le richieste di ingresso, autorizzate dall'UVI, fossero superiori alla disponibilità fissata al comma precedente per il servizio di RSA, saranno istituite dalla struttura le liste di attesa che saranno regolate come segue:

- la RSA terrà un registro interno, consultabile dagli ospiti del personale ASUR Area Vasta1 nel quale saranno registrati gli ospiti in base alla data di autorizzazione al servizio loro formulata dall'U.V.I.
- nel momento in cui si crea la disponibilità di un posto letto, la RSA convocherà il primo ospite in lista e così di seguito in caso di rifiuto o indisponibilità
- copia del registro delle liste d'attesa per il servizio di RSA sarà inviato semestralmente alla direzione dell'ASUR- AV1.

La presente convenzione non costituisce impegno di occupazione e pertanto eventuali posti letto non utilizzati da questa Area Vasta potranno esser resi disponibili, previo assenso, per utenti di altre Aree Vaste e/o altre Aziende Sanitarie con oneri a carico dell'Ente inviante.

#### ART. 10 - TARIFFA GIORNALIERA E BUDGET ANNUALE

Come stabilito dalla DGR n.1331/2014 la tariffa giornaliera di RSA (R2.2) è stabilita in € **123,00** pro capite/die.

I primi 60 giorni di permanenza sono esenti dalla compartecipazione alberghiera come stabilito dalla DGR n.704/2006 e pertanto la tariffa giornaliera è a totale carico dell'ASUR- AV1.

È escluso da tale esenzione il ricovero in Servizio Sollievo dove la retta alberghiera viene addebitata all'utente dal primo giorno.

Dopo il periodo di esenzione, il costo sarà così ripartito:

- € 80,50 a carico dell'AV1 (quota sanitaria).

➤ € 42,50 a carico dell'utente, salvo specificità locali; (quota alberghiera).

Nel caso in cui uno stesso soggetto abbia più di un ricovero nell'arco di vigenza della presente convenzione, sono considerati esenti dal pagamento della retta i primi 60 gg. del primo ricovero.

Pertanto il contatore incrementale che computa i giorni con tariffa a carico totale di quest'Azienda non deve essere azzerato per la nuova degenza e dovrà proseguire dal giorno della dimissione del precedente ricovero.

Per l'anno **2016**, le parti convengono un tetto massimo di spesa annuo pari ad **€ 1.043.878,00** corrispondente ad un numero massimo di **8.487 giornate di degenza** con la tariffa a totale carico del SSR ovvero del maggior numero di giornate ricomprese nel tetto fissato e dovute al risparmio della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente della quota alberghiera successiva ai 60gg. di degenza.

Le giornate di degenza potranno essere distribuite nei 40 pl convenzionati.

Tale tetto di spesa è da intendersi invalicabile.

Anche nel caso in cui l'incidenza delle dimissioni protette dovesse risultare superiore alla percentuale prevista, la quota dovrà essere compensata prevedendo un minor numero di giornate complessive di degenza.

In caso di decesso dell'assistito all'interno della Struttura, viene riconosciuto il compenso del giorno successivo al giorno di decesso, nella misura del 50% della tariffa (intera o ridotta), che dovrà essere specificato in fattura con l'indicazione "giornata per camera mortuaria".

La struttura è tenuta a comunicare con immediatezza all'AV1 – Direzione Distretto, anche via fax, il giorno dell'effettiva ammissione in RSA, nonché la data di dimissione dalla RSA, nonché il periodo di ricovero in ospedale o di ritorno nel proprio domicilio oppure la data di decesso.

Per l'anno **2017**, le parti convengono che il tetto massimo di spesa e le relative giornate di degenza, dovranno essere determinate sulla base delle disposizioni vincolanti regionali ed aziendali che saranno emesse e che dovranno essere comunicate formalmente al fornitore.

#### **Art. 11 - CONSERVAZIONE DEL POSTO**

Qualora l'ospite si assenti per ricovero in ospedale per acuti, il posto sarà conservato, senza onere per l'azienda, fino alla dimissione ospedaliera, eccetto che, a seguito di valutazione dell'U.V.I. non sia stabilito un ricovero presso un altro tipo di struttura residenziale.

In caso di assenza volontaria, debitamente documentata, il posto viene conservato per un massimo di 5 giorni, con pagamento a carico del paziente per il 70% della quota a suo carico, nulla sarà corrisposto per la quota sanitaria.

In entrambi i casi, il periodo di assenza, interrompe il conteggio dei 60 giorni per i quali l'ASUR si fa carico della retta piena, che riprenderà in maniera incrementale, pertanto senza azzeramento del contatore, dal giorno di reinserimento dell'ospite.

#### **Art. 12 – CODIFICHE DELLA STRUTTURA**

La struttura oggetto della presente convenzione è raccolta dall'Osservatorio delle Politiche Sociali della Regione Marche come da scheda allegata.

Tutte le suddette codifiche dovranno essere riportate in ogni singola fattura emessa.

#### **ART. 13 – DURATA**

La presente convenzione ha validità dal 01/01/2016 al 31/12/2017.

Ciascuna parte ha facoltà di recedere dalla presente convenzione prima della scadenza, con un preavviso di almeno 30 giorni, con comunicazione scritta da inviare all'altra parte a mezzo raccomandata a.r. se ragioni organizzative ne impediranno il mantenimento.

#### **Art. 14 – CLAUSOLA DI ALLINEAMENTO**

Le percentuali di compartecipazione alla spesa rimangono le medesime previste nell'esercizio precedente, nelle more dell'effettiva applicazione del decreto governativo sull'ISEE con la relativa istituzione del fondo di solidarietà, la quantificazione dell'importo e la definizione dei criteri di gestione dello stesso, allineandosi a quelli che saranno le indicazioni regionali in materia.

#### Art. 15 – NORMATIVA

Per tutto quanto non previsto dal presente contratto le parti fanno espresso riferimento alle norme del Codice Civile di Procedura Civile con competenza del Foro di Pesaro.

#### Art. 16 – REGISTRAZIONE

La presente convenzione è esente da bollo (D.P.R. 642/72 tabella 25) e da registrazione D.P.R: 131/86 tabella art. 1 lett. b) e registrata solo in caso d'uso.

Letto, approvato e sottoscritto.

Fano, .....

**Per la RSA MONTEFELTRO”  
Il Legale Rappresentante  
Dott. Maurizio Gambini**

**Per l'ASUR-Area Vasta 1  
Il Direttore  
Dott. Carmine Di Bernardo**

*Allegato alla convenzione*

#### SCHEDA ORPS

Codice ORPS	603502
Denominazione	RSA MONTEFELTRO EX PADIGLIONE
Contesto amministrativo	Sanitaria
Area organizzativa	Strutture
Tipo servizio	RS2 - RSA per Anziani non autosufficienti
Area di utenza	Anziani;
Area vasta	PU
Provincia	PU
Ambito territoriale	ATS 04 - Urbino
Comune	URBINO
Indirizzo	VIA G. DI VITTORIO
Indirizzo - Cap	61029
Recapito postale - Indirizzo	VIA PUCCINOTTI, 3
Recapito postale - Cap	61029
Recapito postale - Comune	URBINO
Gestore :	COOSS MARCHE Coop. Soc.
Titolare Del Servizio:	COMUNE DI URBINO

**Allegato B**

**Abitare il Tempo**  
**Via San Francesco snc Loreto (AN)**  
**RSA "CASA ARGENTO" s.r.l.**  
**Fossombrone (PU)**

**ASUR**  
**Azienda Sanitaria Unica Regionale**  
**Area Vasta n.1 – Fano (PU)**

**CONVENZIONE PER IL SERVIZIO DI RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA**

**TRA**

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), con sede legale in Via Caduti del Lavoro n. 40 – 60132 Ancona cod. fisc. e partita IVA: 02175860424, nella persona del legale rappresentante p.t. Direttore Generale, Dott. Alessandro Marini, domiciliato per la carica presso la sede dell'Ente medesimo, che delega il Dott. Carmine Di Bernardo, Direttore della sede operativa Area Vasta n. 1 (d'ora innanzi denominata ASUR – Area Vasta n. 1)

**E**

La RSA CASA ARGENTO s.r.l. sita nel Comune di Fossombrone – Via Saffi, 2 rappresentato dal Dott. Andrea Scocchera in qualità di Amministratore delegato della struttura Abitare il Tempo Via San Francesco snc Loreto (AN) ; – P.IVA 01590980429 accreditata con Decreto n°381/ACR del 12/10/2015, codice ORPS 600346, gestita dalla Società *Abitare il Tempo* srl con sede in Via San Francesco sn in Loreto (AN) giusto atto di volturazione n.1 rilasciato dal Comune di Fossombrone in data 29/07/2013 prot.n.17758.

**si conviene e si stipula quanto segue:**

**Art. 1 – OGGETTO**

La presente convenzione disciplina le modalità di gestione/funzionamento della Residenza Sanitaria Assistita "CASA ARGENTO" s.r.l. sita nel Comune di Fossombrone – Via Saffi, 2.

Tale struttura risulta autorizzata e accreditata, ai sensi della L.R. 20/2000, per n. **30** posti letto.

In particolare la convenzione regola:

- le modalità di ammissione alla struttura e la regolamentazione della lista d'attesa;
- le modalità assistenziali e le prestazioni ed i servizi erogati;
- la dotazione del personale,
- la spesa annua massima a carico del SSN,

**Art. 2 – FINALITA'**

La Residenza Sanitaria Assistenziale, è una struttura residenziale extraospedaliera caratterizzata dall'integrazione funzionale ed organica dei servizi sanitari e di quelli socio-sanitari che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera.

È organizzata secondo le previsioni del Piano Sanitario Regionale e delle Linee Guida sull'organizzazione e sul funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali dell'Assessorato alla Sanità della Regione Marche.

**Art. 3 - TIPOLOGIA DEGLI OSPITI E DURATA DELLA PERMANENZA**

La RSA è destinata a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, anche portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate.

Sono previsti:

- Ricoveri temporanei con una degenza che di norma può andare fino ad un massimo di 60 gg a seconda del caso; nel caso in cui l'obiettivo del progetto assistenziale venga raggiunto anticipatamente rispetto ai tempi concordati, l'ospite cessa la permanenza in Residenza Sanitaria.
- Ricoveri di sollievo alle famiglie, la cui permanenza non deve superare i 30 giorni (in questo caso la quota alberghiera è a totale carico dell'utente dal primo giorno d'ingresso).

➤ Ricoveri prolungati, trattasi di casi a maggior complessità clinico-assistenziale per i quali non è ipotizzabile un trasferimento ad altro setting assistenziale ovvero nel caso intervengano problematiche nuove; per questi casi la permanenza dell'ospite può venire prorogata e l'U.V.I. formulerà un nuovo progetto assistenziale con rivalutazione periodica; nella fattispecie resta comunque in carico all'utente la quota alberghiera.

Al fine di delineare modelli di gestione che garantiscano un'assistenza più mirata alla peculiarità delle condizioni di bisogno espresse da ciascun ospite, occorre pervenire alla differenziazione delle tipologie degli ospiti da assistere in strutture o moduli dedicati:

➤ **Anziani con forme cronico – degenerative:** anziani con forme cronico degenerative – ricomprende soggetti colpiti da sindromi con andamento cronico-degenerativo non guaribili (osteoporosi polidistrettuale, morbo di parkinson, vasculopatie di tutti i distretti arteriosi, ecc..) o da eventi morbosi (esiti di ictus cerebrale) che richiedono attività terapeutica e assistenziale continua e interventi riabilitativi, allo scopo di prevenire le conseguenze negative connesse all'immobilità o di limitare i ricoveri in ambito ospedaliero. Inoltre, occorre tener conto che molte "medio-lunghe degenze terminali" (dovute a patologie irreversibili) si esauriscono in ambiente ospedaliero per l'impossibilità del paziente anziano di rientrare al proprio domicilio causa assenza di un contesto familiare in grado di garantirgli il livello indispensabile di assistenza.

➤ **Anziani con forme di demenza:** anziani con forme di demenza - comprende soggetti colpiti da forme di grave ed irreversibile decadimento cognitivo.

➤ **Adulti disabili:** ricomprende soggetti disabili adulti con gravi e plurimi deficit psico-fisici che hanno concluso la fase di riabilitazione intensiva e/o estensiva e che necessitano di terapia di mantenimento e/o prevenzione del degrado del recupero acquisito.

Per l'accoglienza dei pazienti occorre distinguere tra:

➤ Le persone dimesse dagli ospedali affette da patologie internistiche, osteomuscolari, neurologiche, psico-organiche che possono richiedere un'assistenza integrata non fruibile a domicilio la cui degenza di norma non si protrae oltre i 30 giorni;

➤ Gli anziani affetti da forme cronico-degenerative e con forme di demenza, per le quali la durata della permanenza viene stabilita caso per caso;

➤ Gli adulti disabili di cui alla terza patologia per i quali la durata della degenza non si protrae oltre i 30 giorni.

#### Art. 4 - MODALITA' DI AMMISSIONE-DIMISSIONE

Le persone ammesse al ricovero in RSA possono provenire:

- Dal domicilio,
- Da una struttura ospedaliera; sia dal reparto per acuti sia dalle lungodegenze o riabilitazioni.
- Da struttura riabilitativa.
- Da strutture di Cure Intermedie

L'ammissione degli ospiti avviene presentando domanda scritta formulata, a seconda della provenienza, rispettivamente da:

- Medico di Medicina Generale (se proveniente dal domicilio)
- Nucleo Dimissioni Protette (se proveniente da Struttura ospedaliera di AV1)
- Struttura riabilitativa regionale ed extraregionale - Struttura ospedaliera regionale ed extraregionale.

La domanda, corredata da apposita relazione sanitaria e Scheda di Valutazione Assistenziale, va inviata, in base al comune di residenza della persona, all' U.V.I. del Distretto di appartenenza che effettua una valutazione multidimensionale del caso per definire:

- L'ammissibilità della persona.
- Il percorso assistenziale dell'ospite.
- Il piano assistenziale individuale (P.A.I.) con definizione del periodo utile per il raggiungimento degli obiettivi definiti.

L'ammissione è subordinata all'accettazione del regolamento della struttura.

La permanenza nella RSA è limitata, al tempo necessario per il raggiungimento degli obiettivi identificati nel piano assistenziale predisposto dall'U.V.I.



È facoltà dell'U.V.I. decidere la struttura più idonea tenuto conto dei problemi di salute del soggetto, della disponibilità dei posti e della residenza.

Possono accedere alla rete delle RSA, previa autorizzazione del proprio distretto di appartenenza con relativo P.A.I. definito dall'UVI, anche i residenti nei comuni non afferenti all'AV1 o provenienti da altra regione. In quest'ultimo caso sarà cura dell'Ente Gestore provvedere alla fatturazione diretta all'ASL di residenza del soggetto preso in carico.

La **dimissione** è proposta dal Responsabile clinico del soggetto.

Nel caso in cui l'obiettivo del progetto assistenziale venga raggiunto prima del periodo di permanenza preventivato, l'ospite viene dimesso anticipatamente come già enunciato al precedente articolo 3).

È facoltà dell'equipe assistenziale della struttura proporre un periodo di proroga alla permanenza in RSA nel caso in cui intervengano problematiche nuove o non siano stati ancora raggiunti gli obiettivi clinico-assistenziali prefissati.

Di norma la dimissione viene programmata con l'ospite e/o ai suoi famigliari con almeno sette giorni di anticipo rispetto alla data stabilita.

La proroga e la dimissione dalla RSA viene ratificata dall'U.V.I.

Qualora la persona venga ricoverata in ospedale, viene mantenuto il posto letto in RSA per un periodo non superiore ai 15 gg oltre il quale verrà valutato dal Responsabile clinico, in accordo con l'U.V.I. la possibilità di ulteriore proroga tenuto conto del motivo per il quale è stato autorizzato il ricovero in RSA, delle condizioni che hanno portato al ricovero in ospedale nonché del periodo di permanenza in RSA di cui si è già usufruito.

L'inserimento viene autorizzato con nota del Direttore del Distretto in cui insiste la Struttura essendo, quest'ultimo, eletto a Responsabile dell'esecuzione contrattuale, previa relazione dell'U.V.I. attestante le necessità e i bisogni assistenziali, la formulazione dei piani di trattamento e il tempo di permanenza della struttura.

La compatibilità della spesa con il budget assegnato è attestata dallo stesso Direttore del Distretto.

Nel caso di pazienti che provengono dall'ospedale i medici ospedalieri, tramite il Nucleo Dimissioni Protette, formulano all'U.V.I. la proposta di ammissione alla R.S.A. con indicazione e prescrizione del piano di trattamento utilizzando la modulistica in uso nell'Area Vasta 1 per l'inserimento nel Sistema Residenziale.

Il periodo di permanenza in R.S.A. può essere prorogato, previa rivalutazione dell'U.V.I. e su richiesta del MMG del paziente, tenendo presente che l'ospitalità in R.S.A. è, per natura, transitoria e non permanente.

#### **Art. 5 – MODALITA' ASSISTENZIALI**

L'Area Vasta 1 definisce annualmente la tipologia ed il volume delle attività previste.

Le attività sanitarie che si svolgono nelle R.S.A. devono essere adeguatamente integrate con quelle del Comparto Sociale.

Il processo di integrazione fra sanitario e sociale si realizza a livello istituzionale mediante protocolli d'intesa fra l'Area Vasta 1, gli Enti Locali, i privati ed il volontariato in ottemperanza alla normativa statale e regionale.

Attraverso l'integrazione con i Servizi Territoriali dell'Area Vasta 1 e dei Comuni, la R.S.A. utilizza un modello organizzativo in grado di garantire:

- La valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dai problemi/bisogni sanitari, cognitivi psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- La stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- La raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionale tale da permettere il controllo continuo della attività delle R.S.A.;
- Il coinvolgimento della famiglia dell'ospite
- Il personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.

Nella R.S.A.:

- devono essere privilegiati modelli operativi di stimolazione dell'autonomia (anche residuale) e di riduzione funzionale in accordo con l'approccio farmacologico;

- devono essere rispettati al massimo i ritmi della normale quotidianità, favorendo l'espletamento di attività quali il lavarsi, l'alimentarsi, il riposo pomeridiano e notturno;
- deve prevedersi il massimo utilizzo di spazi comuni interni ed esterni, di risorse per la socializzazione soprattutto attraverso le risorse esterne: quartiere e ambito cittadino in cui è inserita la R.S.A.;
- deve essere assicurata ai malati terminali l'adeguata assistenza psicologica, il sostegno morale e l'assistenza spirituale per salvaguardare al massimo la loro qualità di vita sino alla fine.

Nelle R.S.A. sono erogati anche gli interventi di riabilitazione estensiva o di mantenimento.

Le attività di riabilitazione estensiva rivolte agli ospiti di tali strutture riguardano in particolare:

- soggetti disabili fisici, psichici, sensoriali o a lento recupero, non assistibili a domicilio, richiedenti un progetto riabilitativo individuale caratterizzato da trattamenti sanitari riabilitativi estensivi;
- soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena, richiedenti un alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità ed intensità e senza copertura medica continuativa nelle 24 ore.

Le attività di riabilitazione estensiva o intermedia sono caratterizzate da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento.

Tenuto conto della tipologia degli ospiti (maggioranza di esenti ticket per patologia e invalidi civili) la farmacia ospedaliera e/o altri servizi dell' Area Vasta 1, forniscono alla R.S.A. come stabilito dalla DGR n.1011/2013 e determina DG Asur n.269/2015:

- Fornitura presidi protesici personalizzati,
- Assistenza del Medico di MG,
- Fornitura farmaci prescritti su ricettario SSN,
- Prodotti e presidi per la nutrizione entrale e parenterale,
- Altri presidi prescritti dall'UVI,
- Visite specialistiche ed esami diagnostici,
- Prestazioni riabilitative multidisciplinari,
- Trasporti sanitari sulla base della regolamentazione regionale in materia tramite autoambulanza in caso di necessità, con protocolli definiti dall'Area Vasta 1.

secondo le disposizioni nazionali e regionali in materia.

Il Responsabile Sanitario della R.S.A. definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenza o eventi imprevisti e predispone la dimissione tenendo conto del tempo di permanenza concesso dall'U.V.I.

La rivalutazione periodica del paziente è altresì finalizzata alla verifica dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi posti nei piani di trattamento.

Di questo processo viene dato conto, con i dati esplicativi, nella relazione annuale sull'attività della struttura residenziale.

#### **Art. 6 - PRESTAZIONI E SERVIZI**

Come definito dalla DGR n.1011/2013, la RSA fornisce prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore.

I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici.

Nello specifico garantisce ai propri ospiti:

- l'assistenza medica, infermieristica, farmaceutica, riabilitativa, specialistica, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- l'assistenza tutelare diurna e notturna in conformità con la normativa regionale in materia; sono comprese tutte le attività di assistenza dell'utente per l'espletamento delle funzioni relative a igiene personale, aiuto nelle ordinarie attività giornaliere (vestizione, assunzione cibo, necessità fisiologiche, etc.), mobilitazione, accompagnamenti per l'esecuzione di prestazioni sanitarie;
- le attività occupazionali e di animazione, nonché l'assistenza religiosa;

- il servizio alberghiero (comprensivo di vitto, guardaroba e lavanderia, barbiere/parrucchiere, pulizia dei locali) e di supporto amministrativo-gestionale (accettazione, portineria, segreteria - amministrazione, telefono, posta, economato, provveditorato, etc.).

#### ART. 7 – DIREZIONE E ORGANIZZAZIONE

Fermo restando le competenze nella gestione degli accessi e del turnover, proprie dell'U.V.I., il coordinamento dell'organizzazione viene affidato a un Dirigente sanitario della struttura RSA, con funzioni di responsabilità igienico-organizzative, di direzione e coordinamento del personale, di verifica dell'attuazione dei piani di intervento e di tenuta della documentazione sanitaria.

In particolare il Dirigente Sanitario garantisce:

- Il monitoraggio e la documentazione delle attività
- La rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale
- La trasmissione mensile dell'elenco nominativo degli ospiti presenti all'Area Vasta 1, comprensivo della relativa spesa
- La rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dall'ASUR e, nello specifico, il monitoraggio delle prestazioni erogate trasmettendo informaticamente le stesse alla AV, secondo il disciplinare dell'NSIS sui flussi informativi RUG (FAR) in aderenza delle normative nazionali.
- La registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale compresi i turni di servizio effettuati
- La RSA s'impegna ad implementare un modello organizzativo che garantisca:
- Il lavoro di tutti gli operatori (medici e non) secondo le modalità e le logiche dell'equipe multidisciplinare;
- L'integrazione con i servizi territoriali dell'Area Vasta 1 per le prestazioni che devono essere assicurate tramite il personale dei distretti sanitari territorialmente competenti
- La formazione continua del personale attraverso un piano annuale di formazione aggiornato e coordinato dal responsabile sanitario di struttura.

#### ART. 8 - PERSONALE DELLA RSA

La dotazione di personale deve essere programmata tenuto conto che le finalità delle residenze assistenziali sono quelle di garantire l'assistenza sanitaria di base per il mantenimento e miglioramento dello stato di salute, l'assistenza sanitaria specialistica per i trattamenti riabilitativi programmati, l'assistenza alla persona per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana (igiene personale, vestizione, alimentazione, deambulazione) e per il mantenimento della vita di relazione.

Competono all'ASUR- l'Area Vasta 1, attraverso l'UVI le funzioni di verifica e controllo dell'attività svolta all'interno della struttura stessa, il controllo e la verifica della qualità assistenziale.

Per ogni assistito ammesso la RSA assicura, nel pieno rispetto della dignità dell'assistito e secondo i propri parametri, l'assistenza alberghiera, la cura dei bisogni personali e sociali di rilevanza sanitaria, nonché l'assistenza sanitaria a mezzo del seguente personale con i relativi standards assistenziali stabiliti dalla DGRM n.1331/2014:

Denominazione livello assistenziale e codice (ALL. B) e modalità applicative dell'accordo (ALL. A)	Denominazione Struttura	Profilo	Standard Assistenziali (a)
Cure Residenziali Estensive R2.2	RSA	Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni	Assistenza medica (1): 100 min/die ogni 20 p.l. Assistenza globale (2): almeno 140m/die per ospite di cui: Assistenza infermieristica (3): 45m/die per ospite (con presenza in struttura h24) OSS: 85 min/die per ospite (con presenza in struttura h24) Personale riabilitativo (fisioterapista): 10 min/die per ospite  (1)L'assistenza medica è riferita

		<p>professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici</p>	<p><i>all'impegno di coordinamento delle attività sanitarie e igienico organizzative. Essa è aggiuntiva all'attività svolta dal Medico di Assistenza Primaria (MMG) a cui l'assistito è in carico</i></p> <p><i>(2) L'assistenza globale è riferita al totale di minuti erogati da infermieri, OSS, personale riabilitativo/educatore.</i></p> <p><i>(3) L'assistenza infermieristica è un di cui dell'assistenza globale.</i></p>
--	--	--	--

Il rispetto degli standard assistenziali infermieristici e OSS deve essere documentato attraverso la pianificazione dei turni di servizio e la rendicontazione oraria mensile di ogni figura professionale, compreso quelle relative all'assistenza alberghiera, occupazionale e riabilitativa.

Per ogni assistito vengono definiti il programma sanitario di cura e riabilitazione ed il piano di interventi sanitari di concerto il Medico di Medicina Generale ai fini della continuità assistenziale.

Il piano di interventi sanitari viene seguito, per quanto di competenza, dagli infermieri, dai terapisti della riabilitazione e dagli OSS, in collaborazione con il Medico di MMG.

La struttura è tenuta a rendere noto l'elenco del personale al momento impiegato distinto per qualifica. La RSA si obbliga, inoltre, a garantire per detto personale il rispetto degli accordi nazionali di lavoro di categoria vigenti ed il rispetto delle vigenti disposizioni di legge in materia di incompatibilità all'esercizio dell'attività professionale presso la struttura.

Per ogni assistito vengono definiti il programma sanitario di cura e riabilitazione ed il piano di interventi sanitari di concerto con il medico di Medicina Generale ai fini della continuità assistenziale.

Il piano di interventi sanitari viene eseguito, per quanto di competenza, dagli infermieri, dai terapisti della riabilitazione e dagli OTA/OSA/OSS, sotto la diretta responsabilità del medico di MMG.

Per i servizi generali di refezione – lavanderia e guardaroba – attività di pulizia degli ambienti provvede autonomamente la RSA, secondo le sue esigenze organizzative.

#### **ART. 9 – DISPONIBILITA' DI POSTI LETTO E REGOLAMENTAZIONE LISTE DI ATTESA**

Le parti convengono che la struttura mette a disposizione dell'Area Vasta 1, numero **30 posti letto** giornalieri in RSA per gli utenti accreditati tramite il sistema sanitario.

Per l'occupazione di tali posti, tra gli utenti autorizzati dall'UVI, sarà tenuta dalla struttura una graduatoria di priorità basata sui criteri definiti nella carta dei servizi della struttura e meglio specificati all'art 11.

Fermo restando le modalità di accesso stabilite, qualora le richieste di ingresso, autorizzate dall'UVI, fossero superiori alla disponibilità fissata al comma precedente per il servizio di RSA, saranno istituite dalla struttura le liste di attesa che saranno regolate come segue:

- la RSA terrà un registro interno, consultabile dagli ospiti del personale ASUR Area Vasta1 nel quale saranno registrati gli ospiti in base alla data di autorizzazione al servizio loro formulata dall'U.V.I.
- nel momento in cui si crea la disponibilità di un posto letto, la RSA convocherà il primo ospite in lista e così' di seguito in caso di rifiuto o indisponibilità
- copia del registro delle liste d'attesa per il servizio di RSA sarà inviato semestralmente alla direzione dell'ASUR- AV1.

La presente convenzione non costituisce impegno di occupazione e pertanto eventuali posti letto non utilizzati da questa Area Vasta potranno esser resi disponibili, previo assenso, per utenti di altre Aree Vaste e/o altre Aziende Sanitarie con oneri a carico dell'Ente inviante.

#### **ART. 10 TARIFFA GIORNALIERA E BUDGET ANNUALE**

Come stabilito dalla DGR n.1331/2014 la tariffa giornaliera di RSA (R2.2) è stabilita in € **123,00** pro capite/die.

I primi 60 giorni di permanenza sono esenti dalla compartecipazione alberghiera come stabilito dalla DGR n.704/2006 e pertanto la tariffa giornaliera è a totale carico dell'ASUR- AV1.

È escluso da tale esenzione il ricovero in Servizio Sollievo dove la retta viene addebitata dal primo giorno.

Dopo il periodo di esenzione, il costo sarà così ripartito:

- € 80,50 a carico dell'AV1 (quota sanitaria),
- € 42,50 a carico dell'utente, salvo specificità locali; (quota alberghiera),

Nel caso in cui uno stesso soggetto abbia più di un ricovero nell'arco di vigenza della presente convenzione, sono considerati esenti dal pagamento della retta i primi 60 gg. del primo ricovero.

Pertanto il contatore incrementale che computa i giorni con tariffa a carico totale di quest'Azienda non deve essere azzerato per la nuova degenza e dovrà proseguire dal giorno della dimissione del precedente ricovero.

Per l'anno **2016** le parti convengono un tetto massimo di spesa annuo pari ad **€ 640.707,00** corrispondente ad un numero massimo di **5.209 giornate di degenza** con la tariffa a totale carico del SSR ovvero del maggior numero di giornate ricomprese nel tetto fissato e dovute al risparmio della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente della quota alberghiera successiva ai 60gg. di degenza.

Le giornate di degenza potranno essere distribuite nei 30 pl convenzionati.

Tale tetto di spesa è da intendersi invalicabile.

Anche nel caso in cui l'incidenza delle dimissioni protette dovesse risultare superiore alla percentuale prevista, la quota dovrà essere compensata prevedendo un minor numero di giornate complessive di degenza.

In caso di decesso dell'assistito all'interno della Struttura, viene riconosciuto il compenso del giorno successivo al giorno di decesso, nella misura del 50% della tariffa (intera o ridotta), che dovrà essere specificato in fattura con l'indicazione "*giornata per camera mortuaria*".

La struttura è tenuta a comunicare con immediatezza all'AV1 – Direzione Distretto, anche via fax, il giorno dell'effettiva ammissione in RSA, nonché la data di dimissione dalla RSA, nonché il periodo di ricovero in ospedale o di ritorno nel proprio domicilio oppure la data di decesso.

Per l'anno **2017**, le parti convengono che il tetto massimo di spesa e le relative giornate di degenza, dovranno essere determinate sulla base delle disposizioni vincolanti regionali ed aziendali che saranno emesse e che dovranno essere comunicate formalmente al fornitore.

#### **Art. 11 - CONSERVAZIONE DEL POSTO**

Qualora l'ospite si assenti per ricovero in ospedale per acuti, il posto sarà conservato, senza onere per l'azienda, fino alla dimissione ospedaliera, eccetto che, a seguito di valutazione dell'U.V.I. non sia stabilito un ricovero presso un altro tipo di struttura residenziale.

In caso di assenza volontaria, debitamente documentata, il posto viene conservato per un massimo di 5 giorni, con pagamento a carico del paziente per il 70% della quota a suo carico, nulla sarà corrisposto per la quota sanitaria.

In entrambi i casi, il periodo di assenza, interrompe il conteggio dei 60 giorni per i quali l'ASUR si fa carico della retta piena, che riprenderà in maniera incrementale, pertanto senza azzeramento del contatore, dal giorno di reinserimento dell'ospite.

#### **Art. 12 – CODIFICHE DELLA STRUTTURA**

La struttura oggetto della presente convenzione è raccolta dall'Osservatorio delle Politiche Sociali della Regione Marche come da scheda allegata.

Tutte le suddette codifiche dovranno essere riportate in ogni singola fattura emessa.

#### **ART. 13 – DURATA**

La presente convenzione ha validità dal 01/01/2016 al 31/12/2017.

Ciascuna parte ha facoltà di recedere dalla presente convenzione prima della scadenza, con un preavviso di almeno 30 giorni, con comunicazione scritta da inviare all'altra parte a mezzo raccomandata a.r. se ragioni organizzative ne impediranno il mantenimento.

#### Art. 14 – CLAUSOLA DI ALLINEAMENTO

Le percentuali di compartecipazione alla spesa rimangono le medesime previste nell'esercizio precedente, nelle more dell'effettiva applicazione del decreto governativo sull'ISEE con la relativa istituzione del fondo di solidarietà, la quantificazione dell'importo e la definizione dei criteri di gestione delle stesso, allineandosi a quelli che saranno le indicazioni regionali in materia.

#### Art. 15 – NORMATIVA

Per tutto quanto non previsto dal presente contratto le parti fanno espresso riferimento alle norme del Codice Civile di Procedura Civile con competenza del Foro di Pesaro.

#### Art. 16 – REGISTRAZIONE

La presente convenzione è esente da bollo (D.P.R. 642/72 tabella 25) e da registrazione D.P.R: 131/86 tabella art. 1 lett. b) e registrata solo in caso d'uso.

Letto, approvato e sottoscritto.

Fano, .....

Per Casa Argento srl  
L'Amministratore Delegato  
Dott. Andrea Scocchera

Per l'ASUR-Area Vasta 1  
Il Direttore  
Dott. Carmine Di Bernardo

*Allegato alla convenzione*

#### SCHEDA ORPS

Codice ORPS: 600346  
Denominazione: R.S.A. "CASA ARGENTO" DI MINARDI  
Contesto amministrativo: Sanitaria  
Area organizzativa: Strutture  
Tipo servizio: RS2 - RSA per Anziani non autosufficienti  
Area di utenza: Anziani;  
Area vasta: PU  
Provincia: PU  
Ambito territoriale: ATS 07 - Fossombrone  
Comune: FOSSOMBRONE  
Indirizzo: VIA SAFFI, 12  
Indirizzo - Cap: 61034  
Recapito postale - Indirizzo: VIA SAFFI, 12  
Recapito postale - Cap: 61034  
Recapito postale - Comune: FOSSOMBRONE  
Gestore (O Esecutore): RSA "CASA ARGENTO" DI MINARDI  
Titolare Del Servizio: RSA "CASA ARGENTO" DI MINARDI