

**DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE
ASUR**

N. DEL

Oggetto: DGRM 1269/2020 – Determina DG/Asur n.533/2020. Piano di convenzionamento AV1 per le strutture R2.2 nell'ambito della residenzialità extraospedaliera. 01/10-31/12/2020

**IL DIRETTORE GENERALE
ASUR**

- . . . -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce 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;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Direttore Integrazione Socio-Sanitaria, ciascuno per quanto di rispettiva competenza,

- D E T E R M I N A -

1. di dare esecuzione alla Determina DG Asur n. 533 del 5/10/2020, approvando il Piano di Convenzionamento di AV1 per il setting assistenziale estensivo dedicato a persone non autosufficienti (R2.2) nell'ambito della residenzialità sanitaria extra ospedaliera, contenente l'elenco delle strutture da convenzionare, comprensivo del numero massimo dei posti attribuiti a ciascuna struttura e del valore massimo della quota sanitaria di cui allegato A) al presente atto che ne forma parte integrante e sostanziale;
2. di approvare, conseguentemente, gli schemi di convenzione con le strutture Residenza Cives Cure Residenziali - Villa Fastiggi di Pesaro codice ORPS 604800 e RSA Giovanni di Bari di Fano codice ORPS 603492 alle condizioni e con le modalità specificate di cui agli allegati B) e C) al presente atto di cui ne formano parte integrante e sostanziale;
3. di precisare che il tetto massimo di spesa per l'anno 2020 è stabilito in € 833.403,00 IVA compresa verrà registrata sul conto economico n. 0505100107 *Acquisto di prestazioni residenziali alle persone anziane* per l'esercizio di bilancio 2020 Autorizzazioni AV1URP 2020 n.8 e sarà resa compatibile con il budget 2020 per come verrà assegnato all'AV1;
4. di delegare il Direttore dell' Area Vasta 1 alla sottoscrizione dell'accordo contrattuale in oggetto, successivamente all'approvazione della determina del Direttore Generale dell'ASUR;
5. di nominare quale Responsabile del Procedimento il Dott. Claudio Montalbini e quali Responsabili dell'esecuzione dei contratti, il Direttore del Distretto di Pesaro Dr.ssa Elisabetta Esposto per la RSA Cives Villa Fastiggi ed il Direttore f.f. del Distretto di Fano Dott. Nicola Nardella per la RSA Giovanni di Bari;

6. di precisare che questa Azienda si riserva di modificare, integrare, revocare anche parzialmente i contenuti del presente atto, qualora intervenissero modifiche normative di riferimento;
7. di trasmettere il presente atto per quanto di competenza a:
 - a. Collegio Sindacale,
 - b. Area Vasta n.1;
8. 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 Storti)

Il Direttore Sanitario
(Dr. Remo Appignanesi)

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

Il Direttore Generale
(Dr. ssa Nadia Storti)

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -
U.O.C. URP – Comunicazione - Servizi Amministrativi Territoriali

Normativa di riferimento

- D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e ss.mm.ii. "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421";
- L.R. n. 20 del 16.3.2000 "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private e ss.mm.ii";
- D.G.R.M. n. 1011 del 09.07.2013 "Definizione degli standard assistenziali e dei criteri di rilevazione dei costi gestionali della residenzialità e semi residenzialità delle aree sanitarie extraospedaliere e socio-sanitarie nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale";
- D.G.R. M. n. 1195 del 02.08.2013 "Determinazione delle quote di compartecipazione a carico dell'utente in conformità a quanto disposto dal DPCM 29 novembre 2001 (definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza) per accesso a strutture sociali e socio-sanitarie per anziani, disabili e salute mentale";
- D.G.R.M. n. 1331 del 25.11.2014 "Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed Enti Gestori - Modifica della DGR 1011/2013";
- D.G.R.M. n. 289 del 09.04.2015 "Piano Regionale Socio Sanitario 2010 -2014 -Fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extraospedaliere, socio-sanitaria e sociale";
- D.G.R. M. n. 139 del 22.02.2016 "Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione della DGR 735/2013 e DGR 920/2013 e DGR 1476/2013";
- Legge regionale n. 21 del 30.09.2016 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati";
- D.P.C.M. 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". (GU n.65 del 18/3/2017. Suppl. Ordinario n. 15);
- D.G.R.M. n. 1105 del 25.09.2017 "Piano Regionale Socio Sanitario 2010-2014 -DGR 289/15 - Revisione del fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extraospedaliere, socio-sanitaria e sociale";
- Regolamento Regionale n.1 del 1 febbraio 2018 "Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell'art 7 do. 3 della legge regionale 21/2016 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati";
- D.G.R.M. n. 1115 del 06/08/2018 "Servizi integrati delle aree: sanitaria extraospedaliere, sociosanitaria, sociale: istituzione di tavolo permanente di consultazione con Enti gestori, cronoprogramma interventi; prime disposizioni operative"
- D.G.R.M. n. 128 del 13.02.2019 "Avvio delle progettualità "prioritarie" di cui al punto 4, lettera c), quarto linea/capoverso della DGR 1105/17 "Piano Regionale Socio Sanitario 2010-2014 -DGR 289/15 -Revisione del fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extraospedaliere, socio-sanitaria e sociale";

- D.G.R.M. n. 875 del 22.07.2019 "DGR 128/2019 – "Presentazione progettualità prioritarie scadenza 31/03/2019: adempimenti connessi";
- D.G.R.M. n. 1539 del 6/12/2019 "Residenzialità e Semiresidenzialità territoriale. Sviluppo operativo regionale di integrazione dell'attuale offerta".
- D.G.R.M. n. 1269 del 05/08/2020 "Incremento dell'offerta convenzionabile nell'ambito della residenzialità sanitaria extra ospedaliera per il setting assistenziale estensivo dedicato a persone non autosufficienti (R2.2 e R2D)".
- Determina DG Asur n. 533 del 5/10/2020 "DGRM 1269/2020 - Approvazione del Piano di convenzionamento per il setting assistenziale estensivo dedicato a persone non autosufficienti (R2.2 e R2D) nell'ambito della residenzialità sanitaria extra ospedaliera- Anno 2020"

Motivazione

Con la D.G.R.M. n.1269 del 05/08/2020, che si intende integralmente richiamata, avente ad oggetto "Incremento dell'offerta convenzionabile nell'ambito della residenzialità sanitaria extra ospedaliera per il setting assistenziale estensivo dedicato a persone non autosufficienti (R2.2 e R2D)", la Giunta Regionale ha stabilito:

- ✓ di dare mandato ad ASUR di individuare - all'interno dei posti letto già accreditati di residenzialità estensiva per persone non autosufficienti (R2.2 - R2D) - un incremento pari almeno al 12% dell'offerta complessiva convenzionabile per il setting estensivo (1.399 posti letto) di cui alla D.G.R.M. n. 1105/2017 (atto di fabbisogno) con l'obiettivo di una distribuzione territoriale in grado di coprire le aree a maggior carenza di posti letto;
- ✓ di dare mandato all'ASUR di redigere apposito piano di convenzionamento e relativi accordi contrattuali;

Inoltre la Giunta Regionale, per dare attuazione a quanto disposto, ha stabilito che le risorse finanziarie necessarie per la copertura economica dell'incremento del numero di posti letto convenzionati, siano ricomprese nell'ambito delle risorse annuali assegnate ad ASUR.

Nello specifico l'incremento previsto pari ad almeno al 12% dell'offerta complessiva convenzionabile per il setting estensivo (1.399 posti letto) di cui alla D.G.R. n. 1105/2017, comporta l'allocazione di n. 160 posti letto calcolati in relazione alle aree territoriali di carenza.

Nel documento istruttorio della DGRM n. 1260/2020 viene ribadito altresì che la pandemia da SARS CoV2 ha evidenziato, all'interno dell'offerta residenziale sia pubblica che privata convenzionata destinata alle persone non autosufficienti, una forte disomogeneità nella distribuzione di posti letto, rilevando una maggiore carenza sia a Nord che a Sud della Regione.

Tutto ciò premesso, al fine di allocare i posti letto nel numero previsto di 160, l'ASUR ha proceduto al calcolo dell'indice di dotazione derivante dal numero di posti letto pubblici e convenzionati di ogni Area Vasta.

È stata eseguita una prima assegnazione (n. 76 PL) in forma proporzionale alle Aree Vaste in sottodotazione e dove non è stata rilevata la possibilità di assegnare tutti i posti derivanti dal calcolo precedente per mancata presenza di posti convenzionabili nella A.V., gli stessi sono stati considerati eccedenti (n. 84 PL) e disponibili per le assegnazioni alle AA.VV. ancora capienti.

Quest'ultima assegnazione è stata effettuata secondo il principio del riequilibrio rispetto al valore medio degli indici di dotazione delle AA.VV. con posti letto accreditati convenzionabili; per quanto riguarda l'AV1 sono stati previsti n.71 posti letto.

In relazione a quanto sopra evidenziato, con nota a firma del Direttore Generale ASUR n. 3405 del 4/09/2020 è stata definita la procedura per la predisposizione del Piano di convenzionamento, costituito dall'elenco analitico di tutte le strutture con i relativi posti letto convenzionati, comprensivo

dell'importo economico attribuito a ciascuna struttura, alla quale l'AV1 ha ottemperato con nota prot. n. 67981 del 11/09/2020.

Acquista la documentazione richiesta, l'ASUR ha approvato la Determina DG n.533 del 5/10/2020 con la quale ha disposto, tra l'altro, di :

- approvare il Piano di convenzionamento per il setting assistenziale estensivo dedicato a persone non autosufficienti (R2.2 e R2D) nell'ambito della residenzialità sanitaria extra ospedaliera – Anno 2020, contenente l'elenco analitico delle strutture da convenzionare, comprensivo del numero massimo dei posti attribuiti a ciascuna struttura e del valore massimo della quota sanitaria, che allegato al presente atto ne è parte integrante e sostanziale;
- stabilire che i Direttori di Area Vasta provvedano a trasmettere la proposta di determina al Direttore Generale dell'ASUR per il recepimento delle convenzioni con le strutture residenziali per la tipologia R2.2 e R2D, che insistono nella medesima Area Vasta nel rispetto del Piano di convenzionamento, di cui al punto precedente;
- delegare i Direttori di Area Vasta alla sottoscrizione delle convenzioni con le strutture inserite nel Piano di convenzionamento, successivamente all'approvazione delle stesse con determina del Direttore Generale dell'ASUR;

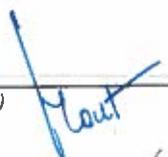
Nello specifico dell'AV1, il quadro di sintesi dei posti letto assegnati dalla Determina DG n.533/2020, comprensivo del valore teorico massimo della quota sanitaria per l'anno 2020 e su base annua, viene riportato nella seguente tabella:

Dgrm 1269/2020 - Piano Di Convenzionamento - Quadro Generale dell'intervento				
Implementazione Posti Letto e Valore Teorico Massimo della Quota Sanitaria				
Area Vasta	Tipologia	n. posti letto aggiuntivi	Valore teorico della quota sanitaria su base annua (tetto massimo di spesa)	Valore teorico della quota sanitaria OTTOBRE-DICEMBRE anno 2020 (tetto massimo di spesa)
1	R2.2	71	2.445.732,00	833.403,00

Le strutture individuate risultano le seguenti:

Tipologia	Codice ORPS	Denominazione	Distretto/ Comune	n. PL accreditati	n. PL convenzionati	n. PL in allocazione da convenzionare per effetto della DGRM 1269/2020	Numero complessivo PL convenzionati	Valore teorico della quota sanitaria su base annua (tetto massimo di spesa)	Valore teorico della quota sanitaria OTT-DIC 2020 (tetto massimo di spesa)
R2.2	604800	RESIDENZA CIVES- VILLA FASTIGGI	Pesaro	60	0	53	53	1.847.997,00	629.735,00 (iva compresa)
R2.2	603492	RSA GIOVANNI DI BARI	Fano	20	0	18	18	597.735,00	203.668,00 (iva esente)

Altresì, nel documento istruttorio della Determina DG n.533/2020 si dichiara che il Piano di Convenzionamento ha un carattere programmatico, e contiene il tetto teorico massimo di spesa i cui oneri saranno assunti dalle Aree Vaste all'atto della predisposizione delle determinazioni di approvazione e



recepimento delle convenzioni con le Residenze sanitarie assistenziali R2 e R2D, tenuto conto della compatibilità economica con le risorse provvisoriamente assegnate con DGRM n. 1674/2019.

Esito dell'istruttoria

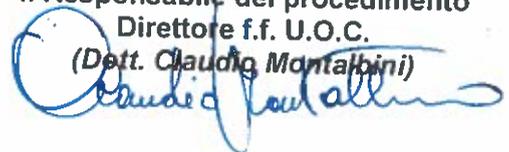
Premesso e considerato quanto sopra, si propone al Direttore Generale l'adozione del seguente schema di determina:

- di dare esecuzione alla Determina DG Asur n. 533 del 5/10/2020, approvando il Piano di Convenzionamento di AV1 per il setting assistenziale estensivo dedicato a persone non autosufficienti (R2.2) nell'ambito della residenzialità sanitaria extra ospedaliera, contenente l'elenco delle strutture da convenzionare, comprensivo del numero massimo dei posti attribuiti a ciascuna struttura e del valore massimo della quota sanitaria di cui allegato A) al presente atto che ne forma parte integrante e sostanziale;
 - di approvare, conseguentemente, gli schemi di convenzione con le strutture Residenza Cives Cure Residenziali - Villa Fastiggi di Pesaro codice ORPS 604800 e RSA Giovanni di Bari di Fano codice ORPS 603492 alle condizioni e con le modalità specificate di cui agli allegati B) e C) al presente atto di cui ne formano parte integrante e sostanziale;
 - di precisare che il tetto massimo di spesa per l'anno 2020 è stabilito in € 833.403,00 IVA compresa verrà registrata sul conto economico n. 0505100107 Acquisto di prestazioni residenziali alle persone anziane per l'esercizio di bilancio 2020 Autorizzazioni AV1URP 2020 n.8 e sarà resa compatibile con il budget 2020 per come verrà assegnato all'AV1;
 - di delegare il Direttore dell' Area Vasta 1 alla sottoscrizione dell'accordo contrattuale in oggetto, successivamente all'approvazione della determina del Direttore Generale dell'ASUR;
 - di nominare quale Responsabile del Procedimento il Dott. Claudio Montalbini e quali Responsabili dell'esecuzione dei contratti, il Direttore del Distretto di Pesaro Dr.ssa Elisabetta Esposto per la RSA Cives Villa Fastiggi ed il Direttore f.f. del Distretto di Fano Dott. Nicola Nardella per la RSA Giovanni di Bari;
 - 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:
 - Collegio Sindacale,
 - 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
Paolo Betti



Il Responsabile del procedimento
Direttore f.f. U.O.C.
(Dott. Claudio Montalbini)



U.O.C. URP Comunicazione Servizi Amministrativi Territoriali

Il sottoscritto esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo della legittimità del presente provvedimento e ne propone l'adozione al Direttore Generale

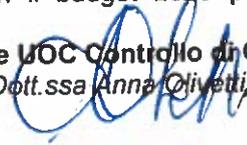
Il Direttore f.f. UOC Servizi Amministrativi Territoriali
(Dott. Claudio Montalbini)



Area Controllo di Gestione

Preso atto della dichiarazione del Responsabile del Procedimento, si attesta che la spesa derivante dalla presente determina relativa all'anno 2020, sarà resa compatibile con il budget 2020 per come verrà assegnato all'AV1.

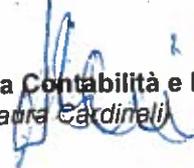
Il Direttore UOC Controllo di Gestione
(Dott.ssa Anna Olivetti)



Area Contabilità Bilancio e Finanza

Preso atto della dichiarazione del Responsabile del Procedimento, si attesta la corretta imputazione della spesa al Piano dei Conti ed agli esercizi di competenza.

Il Direttore UOC Area Contabilità e Finanza
(Dott.ssa Laura Cardinali)



- ALLEGATI -

Allegato A - Piano di convenzionamento AV1 R2.2 residenzialità sanitaria extra ospedaliera

Allegato B - Schema di convenzione con la struttura Residenza Cives Cure Residenziali - Villa Fastiggi di Pesaro codice ORPS 604800

Allegato C - Schema di convenzione con la struttura RSA Giovanni di Bari di Fano codice ORPS 603492

Allegato A

DGRM 1269/2020 – Determina DG/Asur n.533/2020 - PIANO DI CONVENZIONAMENTO AV1 INCREMENTO POSTI LETTO E VALORE DELLA QUOTA SANITARIA COMPLESSIVA

Tipologia	Anagrafica struttura				Dotazione posti letto			valore incrementale massimo della quota sanitaria su base annua per effetto della DGRM 1269/2020	Valore teorico della quota sanitaria OTT-DIC 2020 (tetto massimo di spesa)
	Codice ORPS	Denominazione	Disretto/ Comune	N. Posti letto accreditati	N. Posti letto già convenzionati	N. Posti letto in allocazione da convenzionare per effetto della DGRM 1269/2020	Numero complessivo posti letto convenzionati		
R2.2	604800	RESIDENZA CIVES CURE RESIDENZIALI - VILLA FASTIGGI	Pesaro	60	0	53	53	1.847.997,00	629.735,00 (iva compresa)
R2.2	603492	RSA GIOVANNI DI BARI	Fano	20	0	18	18	597.735,00	203.668,00 (iva esente)
				80	0	71	71	2.445.732,00	833.403,00

Allegato B

**Villa Fastiggi Consorzio Sociale
Pesaro
RSA CIVES VILLA FASTIGGI**

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

**CONVENZIONE PER IL SERVIZIO DI RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA
"CIVES VILLA FASTIGGI"**

TRA

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) cod. fisc. e partita IVA: 02175860424, con sede legale in Via Oberdan n. 2 – 60122 Ancona, nella persona del Legale Rappresentante Direttore Generale, Dott.ssa Nadia Storti, domiciliata per la carica presso la sede dell'Ente medesimo, che delega il Dott. Romeo Magnoni, Direttore della sede operativa Area Vasta n. 1 (d'ora innanzi denominata ASUR – Area Vasta n. 1)

E

VILLA FASTIGGI CONSORZIO SOCIALE - Società Cooperativa Sociale C.F. P.IVA 02654660410 con sede legale in Pesaro, Via XI Febbraio n.42, in qualità di titolare della Residenza Sanitaria Villa Fastiggi, situata in Pesaro – Loc. Villa Fastiggi Piazza Tarquinio Provini, 1-2, nella persona del Legale Rappresentante Ginetto Grandoni.

Si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1 – OGGETTO

La presente convenzione disciplina le modalità di gestione/funzionamento della Residenza Sanitaria Assistita "CIVES VILLA FASTIGGI" codificata ORPS 604800 ed accreditata con Decreto P.F. Accreditamenti n.40 del 12/03/2020 per n.60 posti letto tipologia R2.2/RS2.

Le parti convengono che la struttura mette a disposizione dell'Area Vasta 1, n. 53 posti letto giornalieri in RSA per gli utenti accreditati tramite il sistema sanitario.

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 strutture sanitarie extra ospedaliere intensive ed estensive

Da una struttura ospedaliera, sia dal reparto per acuti sia dalle lungodegenze o riabilitazioni ospedaliere

Da una struttura riabilitativa regionale o extra regionale

Da strutture di Cure Intermedie

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

Medico di Medicina Generale (se proveniente dal domicilio)

Nucleo Dimissioni Protette (se proveniente da Struttura ospedaliera ove esistente NDP)

Struttura riabilitativa regionale ed extraregionale

Struttura ospedaliera regionale ed extraregionale.

La domanda, corredata da apposita relazione sanitaria e Scheda di Valutazione Assistenziale, dovrà essere inviata alla Segreteria Organizzativa del Distretto in base al comune di residenza dell'utente tramite il Sistema Informatizzato della Rete Territoriale -SIRTE- percorso Residenza Sanitaria Assistenziale adottato nella Regione Marche ad esclusione delle strutture extraregionali e/o di quei soggetti che, non essendo inseriti istituzionalmente nel sistema, utilizzeranno la modalità cartacea in uso.

L'ammissibilità della persona al setting Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti e per persone con demenze, sarà confermata dall'Unità Valutativa Integrata (U.V.I.) attraverso una valutazione multidimensionale che stabilisce il Piano Assistenziale Integrato (PAI) e la definizione del periodo utile per il raggiungimento degli obiettivi.

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 PAI 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 questi casi sarà cura dell'Ente Gestore provvedere alla fatturazione diretta all'Area Vasta o 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.

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 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 secondo le disposizioni ASUR di cui alla nota DG prot.n.37095/2020 **Sistema Informativo delle Rete del Territorio SIRTE** 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	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

		<p>sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici</p>	<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 da infermieri, OSS, personale riabilitativo/educatore.</p> <p>(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/OSS/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. 53 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 + iva se ed in quanto dovuta.

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 la durata della presente convenzione, le parti convengono un tetto massimo di spesa annuo pari ad € 629.735,00 IVA compresa corrispondente ad un numero massimo di 4.876 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.

Tale tetto di spesa è da intendersi invalicabile.

Le giornate di degenza potranno essere distribuite nei 53 pl convenzionati.

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.

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 – DURATA

La presente convenzione ha validità dal 01/10/2020 al 31/12/2020.

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. o PEC se ragioni organizzative ne impediranno il mantenimento.

Art. 13 – CLAUSOLA DI ALLINEAMENTO



Numero: 602	Pag. 16
Data: 7-9-011-2020	

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. 14 – 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. 15 – 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 RSA CIVES VILLA FASTIGGI'
Il Legale Rappresentante
Dott. Ginetto Grandoni

Per ASUR-Area Vasta 1
Il Direttore
Dott. Romeo Magnoni

Allegato C

**Associazione Cante di Montevecchio
onlus Fano (PU)
RSA Giovanni di Bari**

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

**CONVENZIONE PER IL SERVIZIO DI RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA
"GIOVANNI DI BARI"**

TRA

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) cod. fisc. e partita IVA: 02175860424, con sede legale in Via Oberdan n. 2 – 60122 Ancona, nella persona del Legale Rappresentante Direttore Generale, Dott.ssa Nadia Storti, domiciliata per la carica presso la sede dell'Ente medesimo, che delega il Dott. Romeo Magnoni, Direttore della sede operativa Area Vasta n. 1 (d'ora innanzi denominata ASUR – Area Vasta n. 1)

E

ASSOCIAZIONE CANTE DI MONTEVECCHIO onlus C.F. P.IVA 00824500417 con sede legale in in Fano (PU), Via Francesco Palazzi n.5, in qualità di titolare della Residenza Sanitaria Giovanni di Bari, situata in Fano (PU), Via Oberdan, nella persona del Legale Rappresentante Dott. Giuliano Di Bari.

Si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1 – OGGETTO

La presente convenzione disciplina le modalità di gestione/funzionamento della Residenza Sanitaria Assistita "Residenza Sanitaria Giovanni di Bari" codificata ORPS 603492 ed accreditata con Decreto P.F. Accreditamenti n.126 del 17/03/2016 per n.20 posti letto.

Le parti convengono che la struttura mette a disposizione dell'Area Vasta 1, n. 18 posti letto giornalieri in RSA per gli utenti accreditati tramite il sistema sanitario.

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 strutture sanitarie extra ospedaliere intensive ed estensive

Da una struttura ospedaliera, sia dal reparto per acuti sia dalle lungodegenze o riabilitazioni ospedaliere

Da una struttura riabilitativa regionale o extra regionale

Da strutture di Cure Intermedie

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

Medico di Medicina Generale (se proveniente dal domicilio)

Nucleo Dimissioni Protette (se proveniente da Struttura ospedaliera ove esistente NDP)

Struttura riabilitativa regionale ed extraregionale

Struttura ospedaliera regionale ed extraregionale.

La domanda, corredata da apposita relazione sanitaria e Scheda di Valutazione Assistenziale, dovrà essere inviata alla Segreteria Organizzativa del Distretto in base al comune di residenza dell'utente tramite il Sistema Informatizzato della Rete Territoriale -SIRTE- percorso Residenzialità adottato nella Regione Marche ad esclusione delle strutture extraregionali e/o di quei soggetti che, non essendo inseriti istituzionalmente nel sistema, utilizzeranno la modalità cartacea in uso.

L'ammissibilità della persona al setting Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti e per persone con demenze, sarà confermata dall'Unità Valutativa Integrata (U.V.I.) attraverso una valutazione multidimensionale che stabilisce il Piano Assistenziale Integrato (PAI) e la definizione del periodo utile per il raggiungimento degli obiettivi.

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 PAI 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 questi casi sarà cura dell'Ente Gestore provvedere alla fatturazione diretta all'Area Vasta o 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.

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:

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

oggetti 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'U.V.I.,

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 secondo le disposizioni ASUR di cui alla nota DG prot.n.37095/2020 **Sistema Informativo delle Rete del Territorio SIRTE** 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	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

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

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. 18 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 + iva se ed in quanto dovuta.

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 la durata della presente convenzione, le parti convengono un tetto massimo di spesa annuo pari ad € 203.688 IVA esente corrispondente ad un numero massimo di 1.656 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.

Tale tetto di spesa è da intendersi invalicabile.

Le giornate di degenza potranno essere distribuite nei 18 pl convenzionati.

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.

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 – DURATA

La presente convenzione ha validità dal 01/10/2020 al 31/12/2020.

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. o PEC se ragioni organizzative ne impediranno il mantenimento.

Art. 13 – 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. 14 – 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. 15 – 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 Associazione Cante di
Montevecchio onlus
Il Legale Rappresentante
Dott. Giuliano Di Bari**

**Per ASUR-Area Vasta 1
Il Direttore
Dott. Romeo Magnoni**