

D.P.Reg. 25 ottobre 1999 ⁽¹⁾.

Approvazione degli standards strutturali e funzionali delle residenze sanitarie assistenziali per soggetti anziani non autosufficienti e disabili e istituzione dell'albo degli enti pubblici e privati che intendono concorrere all'attività socio-sanitaria erogata presso le residenze sanitarie assistenziali.

(1) Pubblicato sulla Gazz. Uff. Reg. sic. 24 dicembre 1999, n. 60.

Il Presidente della Regione

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la *legge regionale 28 marzo 1986, n. 16* "Piano di interventi in favore dei soggetti portatori di handicap ai sensi della *legge regionale 18 aprile 1981, n. 68*";

Vista la *legge regionale 9 maggio 1986, n. 22* "Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia";

Visto il *D.M. 29 agosto 1989, n. 321*, del Ministro della sanità "Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti ai sensi dell'*art. 20 della legge n. 67/1988*";

Visto il *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 dicembre 1989* "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni e Province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti, non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali";

Visto il progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani", approvato con risoluzione parlamentare del 30 gennaio 1992;

Viste le linee guida n. 1/94 del 30 marzo 1994 "Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle residenze sanitarie assistenziali";

Visto il *D.M. 15 aprile 1994* del Ministro della sanità "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera;

Vista la *legge 5 febbraio 1992, n. 104* "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate";

Visto il *D.P.R. 1° marzo 1994* "Approvazione piano sanitario nazionale triennio 1994/1996";

Vista la *legge 23 dicembre 1994, n. 724* "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il *D.P.R. 14 gennaio 1997* "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il *provvedimento 7 maggio 1998* "Linee guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione";

Visto il *D.P.R. 23 luglio 1998* "Approvazione P.S.N. triennio 1998/2000";

Vista la proposta della Commissione regionale congiunta socio-sanitaria, espressa nella seduta del 20 aprile 1999, di cui al D.P.Reg. 3 maggio 1996, n. 118;

Vista la proposta degli Assessori regionali per la sanità e per gli enti locali di approvazione degli standards strutturali e funzionali delle residenze sanitarie assistenziali per soggetti anziani non autosufficienti e disabili;

Considerata l'opportunità di dare applicazione al *D.P.R. 14 gennaio 1997* e relativamente agli standards strutturali e funzionali delle R.S.A. per anziani non autosufficienti e disabili;

Considerata l'esigenza di una corretta programmazione e pianificazione degli interventi in favore dei soggetti anziani non autosufficienti e disabili, su base territoriale;

Decreta:

Art. 1

Sono approvati gli standards strutturali e funzionali delle residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.) per soggetti anziani non autosufficienti e disabili di cui all'allegato n. 1 che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 2

È istituito, presso l'Assessorato regionale della sanità, l'albo degli enti pubblici e privati che intendono concorrere alla gestione dell'attività socio-sanitaria erogata presso le R.S.A. per anziani non autosufficienti e disabili di cui all'allegato n. 2 che fa parte integrante del presente decreto.

Art. 3

Con successivo decreto dell'Assessore per la sanità, di concerto con l'Assessore per gli enti locali, si provvederà alla determinazione delle rette di degenza.

Art. 4

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana.

(giurisprudenza)

Allegato n. 1

Requisiti strutturali e funzionali della residenza sanitaria assistenziale per anziani non autosufficienti e disabili

PREMESSA

L'invecchiamento della popolazione rappresenta un fenomeno tuttora in espansione che ha determinato radicali ripensamenti delle strategie socio sanitarie, con uno stimolo verso nuovi modelli assistenziali. L'Italia si colloca ai primi posti nella percentuale di popolazione anziana a livello internazionale.

Secondo i dati dell'ultimo censimento, la percentuale d'ultrasessantacinquenni residenti corrispondeva al 14,8% della popolazione totale con differenze territoriali abbastanza marcate: molto più elevata nel centro-nord (16,2%) che nel Mezzogiorno (13,7%).

Secondo proiezioni effettuate dall'Istituto di ricerche sulla popolazione del CNR su dati ISTAT, nel 2000, in assenza di fenomeni migratori, gli ultrasessantacinquenni saliranno al 16,8% della popolazione.

La relazione tra numero totale d'ultrasessantacinquenni e la condizione del bisogno assistenziale, di cui i servizi pubblici devono tenere conto della pianificazione degli interventi, ha imposto un cambiamento della metodologia d'approccio alla salute dell'anziano.

Il mutamento demografico è stato effetto e causa di profondi cambiamenti epidemiologici, tanto sul piano della mortalità, quanto su quello della morbosità. Lo schema classico eziologia - patologia -

manifestazione è stato sostituito nel 1980 dalla nuova classificazione ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) proposta dall'O.M.S., con la valutazione che non è soltanto nosologica quanto, invece, funzionale, in grado cioè di esprimere la salute in termini d'autonomia, indipendenza e qualità della vita. Numerosi studi condotti dall'O.M.S., ma anche da altri autori, hanno mostrato come la capacità di svolgere attività della vita quotidiana diminuisca sensibilmente con l'età. Alcune capacità funzionali come, da esempio, gli spostamenti fuori dell'abitazione e lo svolgimento dei lavori domestici cominciano a diminuire fra i 70 e i 75 anni, mentre la capacità di prendersi cura della propria persona, di vestirsi, di alimentarsi e di muoversi all'interno della propria casa declina significativamente al di sopra dei 75 anni.

Da un'indagine Istat multiscopo anni 87/91 si evince che nelle fasce d'età 65/74 nelle isole il 15,3% di anziani è in cattive condizioni di salute ed inoltre il 12,2% è disabile e il 66,9% è affetto da patologie cronico degenerative.

Si assiste nei soggetti anziani ad un aumento dell'incidenza di alcune malattie quali quelle cardiovascolari, il diabete, l'insufficienza respiratoria cronica, in questi soggetti aumenta anche il rischio di avere contemporaneamente una o più di queste patologie in associazione, situazione che espone i soggetti anziani al rischio di grave compromissione funzionale.

Tale visione globale viene ad allargarsi ulteriormente in base all'acquisizione conoscitiva d'altre interconnessioni con la salute come da esempio lo stato sociale ed economico, la cui importanza cresce con il crescere dell'età.

Emerge allora come la nozione di dipendenza o, viceversa, di autonomia e, di conseguenza, l'identificazione dei bisogni debba basarsi necessariamente su un tipo di valutazione multidimensionale in grado di tenere conto di tutti gli aspetti che possono interferire con il benessere della persona.

Definizione di R.S.A.

Si definisce residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.) una struttura extraospedaliera per anziani prevalentemente non autosufficienti e disabili non assistibili a domicilio e richiedenti trattamenti continui, finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e sociale.

La R.S.A. è la struttura residenziale dove si realizza al massimo di integrazione tra interventi sociali e sanitari; la R.S.A. è inserita nella rete dei servizi territoriali.

Collocazione istituzionale ed organizzativa della R.S.A.

La R.S.A. è una struttura propria del S.S.N. di tipo extraospedaliero che fa parte della rete dei servizi territoriali di primo livello.

Le R.S.A. sono destinate a soggetti prevalentemente non autosufficienti e/o disabili, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e psichiche stabilizzate. Sono da prevedere ospitalità permanenti, di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi del S.S.N.

La differenziazione delle tipologie degli ospiti diventa dunque strategica in relazione anche allo sforzo di delineare modelli di gestione che garantiscono un'assistenza più mirata alla peculiarità delle condizioni di bisogni espresse da ciascuna tipologia che richiedono comunque attività terapeutica, riabilitativa e assistenziale continua, allo scopo di limitare i ricoveri in ambiente ospedaliero.

Utenza della R.S.A. e modalità d'accesso

Anziani prevalentemente non autosufficienti, non curabili a domicilio per la mancanza di supporto familiare, o dimessi dall'ospedale dopo un episodio di malattia, in assenza di patologie acute che necessitino di un ricovero ospedaliero.

L'organizzazione tecnica che adotta i provvedimenti necessari per l'accesso dell'anziano alle R.S.A. e/o agli altri servizi di rete è l'Unità di valutazione territoriale U.V.G. o U.V.M.).

Per valutare le condizioni psicofisiche dell'anziano l'U.V.G. o U.V.M. si avvale della valutazione multidimensionale: scale di valutazione della autonomia funzionale, integrate dalla valutazione psico-sociale.

Disabili il cui accesso è stabilito dal servizio medicina di base dell'ASL previo accertamento della commissione integrata che attesti le condizioni di persona handicappata ai sensi della *legge n. 104/1992* e successive modificazioni.

Non possono essere ammessi soggetti con patologia psichiatrica.

Dimensione e moduli R.S.A.

La capacità ricettiva non deve essere inferiore a 20 e non superiore, in via eccezionale per zone di alta densità abitativa ed urbana, a 120 posti articolata in nuclei di 20 posti.

L'organizzazione per nuclei o moduli appare la più idonea a garantire l'assistenza residenziale a gruppi ospiti di differente composizione nonché per il razionale impiego delle risorse.

I moduli possono essere per:

- anziani non autosufficienti, moduli da 20 posti, con patologie cronico - degenerative e/o dementi senili;

- disabili fisici, psichici e sensoriali: moduli di 10/20 posti in base alla gravità dei pazienti.

Le tipologie possono coesistere in un'unica struttura purché i servizi preposti per i disabili siano adeguatamente separati.

Standard strutturali e funzionali

Requisiti minimi strutturali e tecnologici generali:

- protezione antisismica;
- protezione antincendio;
- protezione acustica;
- sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- sicurezza antinfortunistica;
- igiene nei luoghi di lavoro;
- protezione delle radiazioni ionizzanti;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- smaltimento dei rifiuti;
- condizioni microclimatiche;
- impianti di distribuzione dei gas;
- materiali esplosivi.

La R.S.A. deve collocare le attività sanitarie curative e riabilitative comuni preferibilmente in un'area di servizi socio-sanitari a ciclo diurno aperta anche alla fruizione della popolazione esterna.

Localizzazione

Le R.S.A. andranno localizzate preferibilmente in zone già urbanizzate integrate con il contesto preesistente, e/o ben collegate mediante mezzi pubblici di trasporto a centri urbani, ciò al fine di evitare ogni forma d'isolamento, difficoltà d'incontro con le famiglie e l'allontanamento dall'ambito sociale d'appartenenza. Andranno, inoltre, previsti gli accorgimenti atti a favorire l'accessibilità alla struttura dall'esterno e l'abbattimento delle barriere architettoniche.

Modalità assistenziali

Requisiti minimi organizzativi: la R.S.A. deve utilizzare un modello organizzativo che, anche attraverso l'integrazione con i servizi territoriali delle Aziende unità sanitarie locali, garantisca:

- la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- la stesura di un piano d'assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;

- il coinvolgimento della famiglia dell'ospite;
- il personale medico, infermieristico, d'assistenza alla persona, di riabilitazione e d'assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate;
- la formazione e l'aggiornamento del personale;
- la partecipazione a programmi di verifica, di revisione della qualità dell'assistenza.

Il medico responsabile sanitario della struttura risponde delle funzioni igienico-organizzative della residenza ed approva l'ingresso del paziente ed il piano individualizzato assistenziale, elaborato dall'unità valutativa. Nel corso del ricovero richiede le indagini diagnostiche ed effettua le prestazioni terapeutiche necessarie, dandone comunicazione al medico di medicina generale dell'assistito. Tali funzioni assistenziali potranno essere delegate ad altri medici della struttura, purché in possesso della specializzazione in geriatria, cardiologia, medicina interna o branche equipollenti (R.S.A. per anziani), medicina fisica e riabilitativa, neurologia e/o psichiatria (R.S.A. per disabili). L'intervento del medico di medicina generale segue le medesime modalità organizzative previste nell'accordo regionale per l'assistenza nelle strutture socio-assistenziali.

Linee operative

- Devono essere privilegiati modelli operativi di stimolazione dell'autonomia (anche residuale) collegandoli alle terapie farmacologiche e di rieducazione funzionale (mobilitazione, riabilitazione).
- Devono essere rispettati al massimo i ritmi della normale quotidianità, favorendo l'espletamento d'attività quali il lavarsi, l'alimentarsi, l'alzata mattutina, 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.

Le attività che vi si svolgono infatti sono adeguatamente integrate con quelle del comparto sociale. Il processo d'integrazione fra sanitario e sociale si realizza a livello istituzionale mediante protocolli d'intesa tra l'Azienda USL e l'ente locale, e/o con enti privati convenzionati.

La R.S.A. deve adottare sistemi di valutazione del lavoro svolto che non tendano solo a monitorare il "processo" (il numero e la varietà delle prestazioni erogate) ma anche a verificare gli esiti che si riescono ad ottenere relativamente allo stato di salute e di benessere degli ospiti.

Nelle R.S.A. di 60 posti letto e oltre deve essere previsto almeno un nucleo di 15/20 posti letto per i malati di Alzheimer ed altre demenze senili.

Nelle R.S.A. devono essere previsti almeno il 30% dei ricoveri temporanei programmati.

Per ricoveri temporanei si intendono quelli di durata di norma non superiore ad un mese, prima del rientro nelle rispettive famiglie.

I ricoveri temporanei possono riguardare anziani assistiti in famiglia per esigenze improvvise della stessa famiglia (ricovero ospedaliero di familiari, etc.); anziani in situazioni di emergenza e di

bisogno socio sanitario in attesa della predisposizione di un più appropriato piano di intervento da parte dell'U.V.G.; anziani dimessi da reparti ospedalieri che necessitano di una convalescenza e di riabilitazione che per motivi diversi non può essere garantita a domicilio.

In questi ultimi due casi, qualora cioè il ricovero temporaneo dell'anziano sia necessario per garantire trattamenti ad alto contenuto sanitario che mirino al riequilibrio di condizioni deteriorate, a fronte di una condizione di disabilità fisica o psichica, i ricoveri saranno previsti con oneri a totale carico del F.S.R.

Tali ricoveri temporanei con oneri a totale carico del F.S.R. non potranno comunque essere di durata superiore ad un mese e dovranno essere disposti e controllati dall'U.V.G. o U.V.M. (R.S.A. anziani).

Qualora un ospite si ricoveri in ospedale o si assenti per brevi periodi (ritorno presso familiari o amici) il posto nella R.S.A. deve essere conservato. Nei periodi di assenza temporanea, l'ospite concorrerà al pagamento della retta in forma percentuale ridotta. Alla R.S.A. verrà riconosciuto solo l'importo relativo alle spese alberghiere.

Aspetti tipologico - edilizi e dimensionali

La struttura edilizia deve avere caratteristiche organizzative, funzionali, spaziali, di configurazione morfologica tendenzialmente assimilabili ad un'unica matrice di tipo residenziale, rimandando alla propria capacità recettiva, alle diverse modalità d'assistenza ed organizzazione interna ed alla stessa tipologia degli assistiti. L'indirizzo prevalente è quello d'articolare tali strutture per nuclei o moduli base.

Standard dimensionali

Gli standard dimensionali sono parametrati rispetto alla superficie utile funzionale. Per assistito. In particolare vengono date le seguenti indicazioni:

- per l'intera struttura tendenzialmente mq. 40 per ospite;
- per camera, valori minimi, bagno escluso:
 - mq. 12 (per una persona);
 - mq. 18 (per due persone);
 - mq. 26 (per tre persone);
 - mq. 32 (per quattro persone).

attrezzature per la non autosufficienza ed inoltre è da prevedere un servizio igienico assistito per ogni modulo.

Area residenziale

L'area residenziale dell'ospite è costituita da camere destinate a 1-2 posti letto fino ad un massimo di 4 ospiti, nei casi di particolari esigenze strutturali ed assistenziali. Tale flessibilità consente di venire incontro a particolari esigenze assistenziali od organizzative, anche di carattere temporaneo che permettono, ad esempio, nella camera a due letti, di ospitare un parente. Ogni camera deve essere dotata, come standard preferenziale, di bagno autonomo. In ogni caso, a norma del *D.P.R. n. 384/1978*, i servizi igienici collegati alle camere, in numero minimo di uno ogni due camere, in rapporto comunque ad un numero massimo di quattro ospiti, dovranno essere preferibilmente suddivisi in bagno ed antibagno con lavabi sia per permettere una loro migliore fruizione da parte degli ospiti sia per facilitare il lavoro del personale addetto.

Particolare attenzione va posta alla personalizzazione ed al comfort d'ogni camera; pertanto le caratteristiche ambientali e gli arredi non devono avere l'asetticità propria degli spazi ospedalieri, ma dovranno garantire le opportunità di scelta personale negli arredi. I materiali, le finiture e i colori debbono essere luminosi e riproporre modelli familiari. Le finestre devono essere ampie e consentire lo sguardo all'esterno anche da posizione supina.

Aree di servizio, laboratori e spazi per attività sociali

Le R.S.A. debbono disporre di spazi per le attività di servizio di ciascun nucleo e per le attività sanitarie, curative e riabilitative comuni (da collocare preferibilmente in un'area di servizi socio-sanitari a ciclo diurno aperta anche alla fruizione della popolazione esterna) e di spazi per attività di tipo ricreativo e di relazione sociale che rivestono importanza fondamentale per il mantenimento dell'equilibrio psichico ed emotivo dell'ospite.

Articolazioni delle residenze

Le R.S.A. dovranno essere articolare in:

AREA ABITATIVA

- camere da 1, 2, 3 e 4 letti con relativi servizi igienici;

SERVIZI DI VITA COLLETTIVA PER L'INTERA STRUTTURA

- ingresso con portineria, posta e telefono ufficio amministrativo;
- servizi igienici;
- soggiorno polivalente;
- angolo bar;
- sala pranzo;
- locale per attività occupazionale;

- cappella per il culto;
- locale per il parrucchiere, barbiere;

SERVIZI SANITARI PER L'INTERA STRUTTURA

- sala visita;
- locale per la riabilitazione;
- locale per il servizio podologia;
- palestra, spogliatoio, deposito;
- servizi igienici.

Qualora i servizi fossero aperti ad esterni (cosa questa fortemente auspicabile) dovranno essere proporzionalmente potenziati e dimensionati sul probabile bacino d'utenza.

SERVIZI GENERALI PER L'INTERA STRUTTURA

- cucina, dispensa e locali accessori;
- lavanderia e stireria;
- spogliatoio del personale con servizi igienici;
- camera ardente con accesso anche dall'esterno;
- deposito biancheria pulita;
- deposito biancheria sporca.

Nel caso che alcuni servizi siano gestiti in appalto esterno i relativi locali non dovranno essere previsti.

Nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20% degli standard di riferimento.

Qualora venga istituito un nucleo per dementi, i locali d'uso comune (soggiorno, sala pranzo) devono essere distinti da quelli destinati ad altra tipologia di degenti.

Standard di personale

Il fabbisogno di risorse umane viene determinato tenendo conto della tipologia degli ospiti e scaturisce dalle funzioni esplicitate dalla singola R.S.A. Diverse sono, infatti, le condizioni degli ospiti che determinano gli specifici fabbisogni assistenziali e di conseguenza le unità e la competenza del personale ritenuto necessario.

Il fabbisogno di personale viene, pertanto, determinato in base alle tipologie degli ospiti onde garantire un'offerta pluridisciplinare ed idonea.

Nella tabella di seguito viene riportato detto fabbisogno di personale per un modulo/tipo di 40 p.l.

Standard personale	R.S.A.
Medico specialista responsabile [*]	36 ore settimanali
Medico specialista collaboratore [*]	18 ore settimanali
Assistente sociale	20 ore settimanali
Animatore	20 ore settimanali
Tecnici della riabilitazione riferiti alle patologie assistite	3
Addetti assistenza	12
Infermieri professionali	7 di cui 1 con funzioni di coordinamento
Assistente amministrativo	1
Segretario amministrativo	1 oltre i 40 p.l.
Custode, centralinista, portierato	1 addetto
Ausiliari per i servizi generali	2
Lavanderia, stireria, guardaroba	2
Cucina	1 cuoco e 1 addetto cucina
Manutenzione impianti	1 addetto

[*] Preferibilmente specialisti in geriatria, medicina interna o branche equipollenti (R.S.A. per anziani). Tale figura specialistica dovrà, comunque, risultare presente in organico.

Preferibilmente specialisti in medicina fisica e riabilitativa, neurologia e/o psichiatria (R.S.A. per disabili).

Nelle ore non coperte dalla presenza ordinaria del/i medico/i dovrà essere prevista la reperibilità. Va assicurata sempre la presenza nell'arco delle 24 ore di un infermiere professionale e di un addetto all'assistenza. Qualora il calcolo dello standard del personale riferito alle figure di infermieri professionali e addetto all'assistenza dia un numero decimale, esso va arrotondato al numero intero superiore. Per le altre figure professionali potranno essere nella fattispecie sopraindicate stipulati contratti di collaborazioni libero professionale per un numero di ore non inferiore alle 12 ore settimanali assumendo quale numero intero un impegno di 36 ore settimanali. I servizi generali di pulizia, cucina, lavanderia e manutenzione potranno essere appaltati all'esterno. Personale a consulenza: saranno previsti, in relazione alla tipologia degli assistiti, rapporti di consulenza con medici specialisti, psicologi, podologo, barbiere e/o parrucchiere o qualunque altra figura professionale necessaria al buon andamento della residenza.

ISCRIZIONE ALL'ALBO

Gli interventi di natura socio-sanitaria sono garantiti presso le R.S.A. dal servizio pubblico e privato sociale o imprenditoriale.

Presso l'Assessorato regionale della sanità è istituito l'albo delle R.S.A. degli enti pubblici e privati che intendono concorrere alla gestione delle stesse, secondo quanto previsto dalla normativa relativa all'accreditamento.

Vengono iscritti all'albo gli enti pubblici e privati che ne facciano richiesta e dimostrino l'effettivo possesso dei requisiti:

1) idoneità sanitaria per livello di prestazioni e stabilimenti attestata dall'ASL competente per territorio;

2) disponibilità ad essere sottoposto alla programmazione e controllo e alla verifica di qualità da parte del settore medicina di base competente per territorio.

3) possesso dei requisiti strutturali e funzionali di cui al presente decreto.

L'iscrizione all'albo regionale è disposta dall'Assessore regionale per la sanità, previo accertamento dei requisiti previsti dal presente decreto (allegato 1 e 2), a cura dei competenti gruppi dell'Ispettorato regionale sanitario.

Gli enti avranno l'obbligo di assumere il personale nel rispetto dei contratti di lavoro successivamente all'accreditamento. Qualora non applichino detta condizione decade automaticamente l'iscrizione all'albo.