

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

della Regione Puglia



REGIONE
PUGLIA

ANNO L

BARI, 25 GENNAIO 2019

n. 9



Leggi e regolamenti regionali

Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si pubblica con frequenza infrasettimanale ed è diviso in due parti.

Nella parte I sono pubblicati:

- a) sentenze ed ordinanze della Corte Costituzionale riguardanti leggi della Regione Puglia;
- b) ricorsi e sentenze di Organi giurisdizionali che prevedono un coinvolgimento della Regione Puglia;
- c) leggi e regolamenti regionali;
- d) deliberazioni del Consiglio Regionale riguardanti la convalida degli eletti;
- e) atti e circolari aventi rilevanza esterna;
- f) comunicati ufficiali emanati dal Presidente della Regione e dal Presidente del Consiglio Regionale;
- g) atti relativi all'elezione dell'Ufficio di Presidenza dell'Assemblea, della Giunta regionale, delle Commissioni permanenti e loro eventuali dimissioni;
- h) deliberazioni, atti e provvedimenti generali attuativi delle direttive ed applicativi dei regolamenti della Comunità Europea;
- i) disegni di legge ai sensi dell'art. 8 della L.R. n. 19/97;
- j) lo Statuto regionale e le sue modificazioni;
- k) richieste di referendum con relativi risultati;
- l) piano di sviluppo regionale con aggiornamenti o modifiche.

Nella parte II sono pubblicati:

- a) decreti ed ordinanze del Presidente della Giunta regionale;
- b) deliberazioni della Giunta regionale;
- c) determinazioni dirigenziali;
- d) decreti ed ordinanze del Presidente della Giunta regionale in veste di Commissario delegato;
- e) atti del Difensore Civico regionale come previsto da norme regionali o su disposizioni del Presidente o della Giunta;
- f) atti degli Enti Locali;
- g) deliberazioni del Consiglio Regionale;
- h) statuti di enti locali;
- i) concorsi;
- j) avvisi di gara;
- k) annunci legali;
- l) avvisi;
- m) rettifiche;
- n) atti di organi non regionali, di altri enti o amministrazioni, aventi particolare rilievo e la cui pubblicazione non è prescritta.

SOMMARIO

“Avviso per i redattori e per gli Enti:

Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si attiene alle regole della Legge 150/2000 per la semplificazione del linguaggio e per la facilitazione dell’accesso dei cittadini alla comprensione degli atti della Pubblica Amministrazione. Tutti i redattori e gli Enti inserzionisti sono tenuti ad evitare sigle, acronimi, abbreviazioni, almeno nei titoli di testa dei provvedimenti”.

PARTE PRIMA

Leggi e regolamenti regionali

LEGGE REGIONALE 21 gennaio 2019, n. 1

“Disposizioni per l’attuazione della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento).” 3714

REGOLAMENTO REGIONALE 21 gennaio 2019, n. 3

“Disposizioni per la promozione e il sostegno pubblico al pluralismo e all’innovazione dell’informazione e della comunicazione regionale.” 3716

REGOLAMENTO REGIONALE 21 gennaio 2019, n. 4

“Regolamento regionale sull’Assistenza residenziale e semiresidenziale ai soggetti non autosufficienti - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) estensiva e di mantenimento- Centro diurno per soggetti non autosufficienti.” 3723

REGOLAMENTO REGIONALE 21 gennaio 2019, n. 5

“Regolamento regionale sull’Assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti disabili - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per disabili - Centro diurno socioeducativo e riabilitativo per disabili.” 3785

REGOLAMENTO REGIONALE 21 gennaio 2019, n. 6

“Regolamento regionale sull’Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario- Residenza Sanitaria Assistenziale R1.” 3839

REGOLAMENTO REGIONALE 21 gennaio 2019, n. 7

“Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza.” 3873

PARTE PRIMA

Leggi e regolamenti regionali

LEGGE REGIONALE 21 gennaio 2019, n. 1

“Disposizioni per l’attuazione della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento).”

IL CONSIGLIO REGIONALE HA APPROVATO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA LA SEGUENTE LEGGE:

Art. 1

Finalità

1. La Regione Puglia garantisce, nelle strutture del Servizio sanitario regionale, il rispetto dei principi contenuti nella legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) e in particolare:

- a) una corretta pratica della comunicazione tra medico e paziente nonché dell’informazione e del consenso;
- b) il diritto alla pianificazione anticipata delle cure e alle disposizioni anticipate di trattamento, di seguito denominate “DAT”.

Art. 2

Indirizzi operativi

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Dipartimento regionale competente in materia di diritto alla salute, provvede a:

- a) comunicare gli indirizzi operativi di dettaglio alle aziende sanitarie, attivando anche un apposito confronto con l’Autorità garante per la privacy, per la raccolta e la registrazione, nelle varie modalità, consentite dalla legge, delle volontà dei cittadini in ordine alle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), compresa l’indicazione del fiduciario;
- b) definire percorsi organizzativi, informativi e formativi funzionali a garantire il coinvolgimento di tutti gli operatori del servizio sanitario regionale e dei medici di medicina generale interessati dalle procedure attuative delle disposizioni inerenti le DAT;
- c) organizzare, con i settori regionali competenti, adeguate campagne informative volte a spiegare al cittadino gli obiettivi della normativa in materia di consenso informato e di DAT le sue finalità e le modalità di attivazione, fruizione dei percorsi strutturati dalla Regione;
- d) promuovere una intesa con il notariato e l’Associazione nazionale comuni italiani (ANCI) Puglia tale da consentire l’armonizzazione delle procedure operative di registrazione, conservazione e fruizione delle DAT.

Art. 3

Registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento

1. Le disposizioni anticipate di trattamento di tutti i cittadini residenti in Puglia sono registrate con apposito codice sul fascicolo sanitario elettronico (FSE).

La presente legge è pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 1 della L.R. 12/05/2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia".

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Puglia.

Data a Bari, addì 21 GEN. 2019

MICHELE EMILIANO

REGOLAMENTO REGIONALE 21 gennaio 2019, n. 3

“Disposizioni per la promozione e il sostegno pubblico al pluralismo e all’innovazione dell’informazione e della comunicazione regionale.”

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE:

VISTO l’art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla legge costituzionale 22 novembre 1999 n. 1, nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta Regionale l’emanazione dei regolamenti regionali;

VISTO l’art. 42, comma 2, lett. c) della L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto della Regione Puglia”;

VISTO l’art. 44, comma 2, della L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto del Regione Puglia” così come modificato dalla L.R. 20 ottobre 2014, n. 44;

VISTA la Delibera di Giunta Regionale N° 2276 del 04/12/2018 di adozione del Regolamento;

EMANA IL SEGUENTE REGOLAMENTO

Art. 1

Finalità e oggetto

1. Oggetto del presente regolamento è l’attuazione di quanto previsto dall’art. 6 della L.R. Puglia n.3 del 9 febbraio 2018 “Disposizioni per la promozione e il sostegno pubblico al pluralismo e all’innovazione dell’informazione e della comunicazione regionale” (di seguito Legge).
2. Le presenti norme stabiliscono:
 - la disciplina dei procedimenti amministrativi relativi alla concessione di provvidenze, comunque individuate e denominate, per gli interventi di sostegno di cui alla Legge;
 - la definizione, per ogni categoria di interventi, della tipologia di spese ammissibili e della misura massima di agevolazione in percentuale della spesa ammessa;
 - la definizione dei criteri per la determinazione del contributo o incentivo massimo erogabile secondo quanto stabilito dai commi 3, 4 e 5 dell’art. 6 della Legge;
 - i termini e le modalità per la presentazione delle domande;
 - i requisiti soggettivi, i criteri, le condizioni, i tempi e le modalità per la concessione dei benefici;
 - ogni altro aspetto concernente il procedimento amministrativo avente a oggetto gli interventi di cui alla legge, le variazioni alle iniziative, le modalità di svolgimento dell’istruttoria e dei controlli, anche in funzione di revoca delle provvidenze, e l’irrogazione delle sanzioni.

Art. 2

Programma annuale degli interventi

1. Entro 90 giorni dall’entrata in vigore della legge regionale di bilancio la Giunta Regionale adotta secondo le modalità previste dal comma 2 dell’art. 5 della Legge il programma annuale degli interventi da finanziare nei limiti dello stanziamento annuale previsto.
2. Il programma altresì definisce la ripartizione delle risorse all’interno dei seguenti ambiti di attività:

- a. Ambito radiotelevisivo;
 - b. Ambito della stampa di quotidiani e periodici locali a mezzo carta;
 - c. Ambito dell'editoria su web;
 - d. Ambito delle Agenzia di stampa quotidiana
 - e. Ambito delle iniziative di informazione e comunicazione attivate dagli enti locali.
3. Il programma annuale degli interventi può stabilire di finanziare tutti gli ambiti di intervento o solo alcuni; in ogni caso agli ambiti di intervento destinatari delle risorse non potrà essere assegnata una dotazione inferiore al 15% o superiore al 60% della dotazione disponibile.
 4. Tale dotazione finanziaria potrà essere implementata da eventuali ulteriori fondi che, a qualunque titolo, si rendessero successivamente disponibili.

Art. 3

Contributi per l'esercizio associato delle funzioni di Ufficio stampa

1. I Contributi per l'esercizio associato delle funzioni di Ufficio Stampa sono assegnati a seguito di pubblicazione di apposito avviso pubblico rivolto al sistema degli Enti Locali, che definirà i criteri di riparto delle risorse e le modalità di attuazione degli interventi, sentito il parere dell'ANCI Puglia.

Art. 4

Procedimento amministrativo per la definizione dei beneficiari privati

1. La struttura regionale competente in materia di comunicazione istituzionale adotta entro 30 giorni dall'adozione del Programma annuale degli interventi di cui al precedente articolo 2 un avviso pubblico volto alla definizione dei soggetti beneficiari e degli interventi finanziabili per ciascuno dei beneficiari secondo quanto previsto dal combinato disposto degli articoli 3, 4 e 7 della Legge.
2. L'avviso deve prevedere le informazioni di cui alla lettera b) punti da 1 a 6 dell'art. 6 della Legge ai fini della determinazione del contributo spettante e indicare le priorità di finanziamento definito dal programma annuale degli interventi per l'annualità di riferimento di cui al precedente art. 2.
3. L'istruttoria delle istanze è svolta da apposita commissione nominata dal dirigente della Struttura regionale competente in materia di Comunicazione Istituzionale, e composta da funzionari della predetta struttura regionale e del CORECOM; all'esito dell'esame istruttorio è stilato un elenco dei soggetti beneficiari che potranno concorrere alle misure di sostegno pubblico previste dalla Legge, secondo quanto stabilisce il programma annuale degli interventi di cui al comma 2 dell'art. 5 della legge, nella misura stabilita dall'art. 6 della legge.

Art. 5

Interventi e spese ammissibili e intensità di aiuto

1. Per gli interventi individuati dall'art. 5 della Legge sono definite le seguenti spese ammissibili e le intensità di aiuto massime concedibili.

INTERVENTI	SPESE AMMISSIBILI E INTENSITA' DI AIUTO
Innovazione tecnologica delle attrezzature e dei mezzi di produzione e diffusione radio-televisiva, nonché interventi afferenti locali da adibire o adibiti a studi radiofonici e televisivi e per le attività di autoproduzione, privilegian-	Intensità di aiuto del 70% per investimenti in attivi materiali ed immateriali funzionali allo svolgimento dell'attività di impresa: <ul style="list-style-type: none"> • impianti, macchinari e attrezzature, • programmi informatici commisurati alle esigenze aziendali,

do iniziative in regime di collaborazione fra diverse testate giornalistiche radiotelevisive finalizzate al comune utilizzo di locali, impianti, strutture e servizi logistici.	<ul style="list-style-type: none"> • opere murarie e relative spese di progettazione ingegneristica.
Produzione e la filiera di distribuzione della stampa quotidiana e periodica locale nel territorio regionale, al fine di modernizzare il sistema di produzione, distribuzione e vendita, privilegiando iniziative volte ad assicurare la copertura del territorio regionale di più difficile accessibilità	<p>Intensità di aiuto del 70% per i seguenti investimenti in attivi materiali ed immateriali finalizzati a modernizzare il sistema di produzione, distribuzione e vendita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • impianti, macchinari e attrezzature, • programmi informatici commisurati alle esigenze aziendali.
Costi per la progettazione e realizzazione del sito web e per la gestione e alimentazione delle pagine.	<p>Intensità di aiuto del 40% per spese di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consulenza gestionale connessa con l'introduzione di nuove tecnologie; • assistenza tecnologica per l'introduzione di nuove tecnologie; • servizi di trasferimento di tecnologie; • consulenza in materia di acquisizione, protezione e commercializzazione dei diritti di proprietà intellettuale e di accordi di licenza; • addestramento del personale. <p>I fornitori dei servizi di consulenza devono garantire tutti i seguenti requisiti:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. essere in possesso di struttura tecnicamente organizzata operante nel settore di attività in cui si presta la consulenza con esperienza documentata almeno triennale in progetti simili (con indicazione del nominativo di almeno tre clienti nell'ultimo triennio, dei relativi valori economici contrattualizzati e dell'attività svolta presso gli stessi); b. essere in possesso di Partita IVA; c. garantire la qualificazione del personale impegnato nel progetto con esperienza minima triennale; d. essere in possesso di strumentazione e apparecchiature adeguate ai servizi da erogare.
Abbonamenti alle agenzie di stampa per garantire un flusso continuo di notizie alle redazioni giornalistiche delle emittenti radiotelevisive locali e alle testate on-line.	<p>Intensità di aiuto del 40% per spese di abbonamento ad agenzie di stampa.</p>
Iniziative di autoproduzione radiofonica e televisiva, finalizzate alla conoscenza e valorizzazione delle tradizioni, della cultura e della storia italiana e pugliese, trasmissibili in regime di convenzione con emittenti radiofoniche e televisive, anche locali, di regioni di Stati esteri ove risultano insediate comunità di origine italiana e pugliese	<p>Intensità di aiuto del 40% per le attività culturali, nell'ambito delle quali sono ammissibili i costi operativi collegati all'attuazione di tali attività, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • spese di viaggio, • materiali e forniture con attinenza diretta all'attività culturale, • strutture architettoniche utilizzate per mostre e messe in scena, • locazione e ammortamento di strumenti, software e attrezzature,

	<ul style="list-style-type: none"> • costi per l'accesso a opere protette dal diritto d'autore e ad altri contenuti protetti da diritti di proprietà intellettuale, • costi di promozione direttamente imputabili all'attività, • costi per il personale artistico, tecnico e organizzativo direttamente impiegato nell'attività culturale.
<p>Produzione e diffusione di notiziari radiotelevisivi su base locale nonché la produzione di programmi specificatamente dedicati a minori e al pubblico giovanile, ivi compresi i prodotti di informazione locale</p>	<p>Intensità di aiuto del 40% per gli aiuti al funzionamento destinati a ridurre le spese correnti di un'impresa. Tali spese includono i costi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personale, • materiali, • servizi appaltati, • comunicazioni, • energia, • manutenzione, • affitto, • amministrazione, • assicurativi. <p>Non sono ammissibili i costi di ammortamento e di finanziamento se questi sono stati inclusi nei costi ammissibili al momento della concessione degli aiuti agli investimenti</p>
<p>Assunzioni di nuovo personale e di stabilizzazione dei rapporti di lavoro, privilegiando le iniziative volte a favorire l'occupazione e la formazione di figure giornalistiche e tecniche</p>	<p>Intensità di aiuto del 40% per i costi salariali durante un periodo massimo di 12 mesi successivi all'assunzione di un lavoratore svantaggiato.</p> <p>Nel caso in cui il lavoratore interessato sia un lavoratore molto svantaggiato, i costi ammissibili corrispondono ai costi salariali su un periodo massimo di 24 mesi successivi all'assunzione.</p>
<p>Iniziative di formazione e qualificazione professionale degli operatori del settore, giornalisti e personale tecnico, anche in relazione ai fabbisogni e alle caratteristiche professionali, come rilevate anche in collaborazione con il Comitato regionale per le comunicazioni (Co. Re.Com.) e l'Ordine dei giornalisti della Puglia, attuate nell'ambito della programmazione regionale in materia di formazione professionale, in collaborazione con le università degli studi, con particolare riguardo ai corsi di laurea in Scienze della comunicazione o equipollenti, e con gli enti di formazione accreditati</p>	<p>Intensità di aiuto del 60% per i seguenti costi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le spese di personale relative ai formatori per le ore di partecipazione alla formazione; • i costi di esercizio relativi a formatori e partecipanti alla formazione direttamente connessi al progetto di formazione, quali le spese di viaggio, i materiali e le forniture con attinenza diretta al progetto, l'ammortamento degli strumenti e delle attrezzature per la quota da riferire al loro uso esclusivo per il progetto di formazione. Sono escluse le spese di alloggio, ad eccezione delle spese di alloggio minime necessarie per i partecipanti che sono lavoratori con disabilità; • i costi dei servizi di consulenza connessi al progetto di formazione; • le spese di personale relative ai partecipanti alla formazione e le spese generali indirette (spese amministrative, locazione, spese generali) per le ore durante le quali i partecipanti hanno seguito la formazione. <p>Non sono concessi aiuti per le formazioni organizzate dalle imprese per conformarsi alla normativa nazionale obbligatoria in materia di formazione.</p>

2. L'intensità di aiuto per ciascuna tipologia di spesa ammissibile non potrà superare i limiti previsti dal Regolamento Regionale 15/2014 e ss.mm.ii.
3. Le intensità di aiuto, previste nella tabella di cui al precedente comma 1, potranno essere incrementate in ragione dei seguenti parametri:
 - a. Incremento del 5% per le imprese che registrano un rapporto tra investimento previsto dall'intervento per innovazione, nuova occupazione e formazione, da un lato, e fatturato, dall'altro pari almeno al 10%;
 - b. Incremento del 5% per le imprese che registrano un rapporto tra incremento del personale dipendente da assumere con contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato in termini di Unità Lavorative Annue (ULA) a seguito della realizzazione dell'intervento e il personale occupato con contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato in termini di Unità Lavorative Annue (ULA) nell'anno precedente all'intervento pari almeno al 10%.

Art. 6

Attribuzione dei punteggi per la determinazione delle agevolazioni concedibili

1. A ciascuna domanda presentata sarà attribuito un punteggio per ciascuno dei quattro parametri di seguito riportati.
 - a. Fatturato dell'ultimo esercizio - saranno attribuiti i seguenti punteggi:
 - 25 punti alle imprese che abbiano registrato un fatturato non superiore ad € 200.000,00;
 - 15 punti alle imprese che abbiano registrato un fatturato compreso tra € 200.000,01 ed € 500.000,00;
 - 5 punti alle imprese che abbiano registrato un fatturato superiore a € 500.000,00;
 - b. Percentuale di dipendenti con qualifica di giornalista nell'ultimo esercizio - saranno attribuiti i seguenti punteggi:
 - 25 punti alle imprese che abbiano avuto un numero di giornalisti assunti con contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato in termini di Unità Lavorative Annue (ULA) pari almeno al 50% del totale dei dipendenti;
 - 15 punti alle imprese che abbiano avuto un numero di giornalisti assunti con contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato in termini di Unità Lavorative Annue (ULA) compreso tra il 25% e il 49,99% del totale dei dipendenti;
 - 5 punti alle imprese che abbiano avuto un numero di giornalisti assunti con contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato in termini di Unità Lavorative Annue (ULA) compreso tra il 10% e il 24,99% del totale dei dipendenti;
 - c. Numero di dipendenti - saranno attribuiti i seguenti punteggi:
 - 25 punti alle imprese che abbiano avuto un numero di dipendenti assunti con contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato in termini di Unità Lavorative Annue (ULA) non superiore a 5;
 - 15 punti alle imprese che abbiano avuto un numero di dipendenti assunti con contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato in termini di Unità Lavorative Annue (ULA) compreso tra 5,1 e 15;
 - 5 punti alle imprese che abbiano avuto un numero di dipendenti assunti con contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato in termini di Unità Lavorative Annue (ULA) superiore a 15;
 - d. Incremento percentuale di investimenti in innovazione, nuova occupazione e formazione nell'ultimo esercizio determinato sulla base di un'apposita asseverazione redatta da professionista abilitato - saranno attribuiti i seguenti punteggi:
 - 25 punti alle imprese che abbiano registrato un incremento pari almeno al 20% del totale degli investimenti in innovazione, nuova occupazione e formazione rispetto all'esercizio precedente;
 - 15 punti alle imprese che abbiano registrato un incremento compreso tra il 10% e il 19,99% del

totale degli investimenti in innovazione, nuova occupazione e formazione rispetto all'esercizio precedente;

- 5 punti alle imprese che abbiano registrato un incremento compreso tra il 5% e il 9,99% del totale degli investimenti in innovazione, nuova occupazione e formazione rispetto all'esercizio precedente.

2. A seguito dell'attribuzione dei punteggi a ciascun progetto, sarà determinata l'agevolazione concedibile in favore di ciascuna impresa, secondo il seguente criterio.

Il punteggio di ciascuna impresa sarà rapportato al totale dei punteggi assegnati a tutte le imprese appartenenti alla categoria di cui al precedente comma. Il valore percentuale ottenuto sarà moltiplicato per la dotazione finanziaria destinata alla categoria, al fine di ottenere l'importo dell'agevolazione concedibile a ciascun'impresa richiedente.

$$P_{in} / \sum P_{i1..n} = PA_{in}$$

$$PA_{in} * \text{Dotazione finanziaria prevista dall'Avviso} = \text{Agevolazione concedibile}$$

Dove:

- P_{in} = Punteggio impresa (n)
- PA_{in} = Punteggio di Attribuzione impresa (n)

3. In sede di valutazione delle domande presentate per l'ammissione agli interventi di sostegno, viene assegnata una maggiorazione del 10 per cento del punteggio ai soggetti che abbiano preventivamente reso una dichiarazione di disponibilità alla trasmissione a titolo gratuito di messaggi di pubblico interesse e di utilità sociale, così come previsto dall'articolo 12 della L.R. 3/2018.
4. Sono esclusi dagli interventi di cui alle disposizioni della L.R. 3/2018 i soggetti che hanno beneficiato, nello stesso anno, di contributi o incentivi erogati dalla Regione, per gli interventi di cui all'articolo 5 della suddetta Legge, per un importo maggiore o uguale a euro 100 mila.

Art. 7

Termini e modalità di presentazione delle domande

Con Determinazione Dirigenziale sarà emanato un avviso pubblico a firma del Dirigente della struttura regionale competente per la Comunicazione Istituzionale in cui sono stabiliti i termini, le modalità di presentazione delle domande e la relativa documentazione da presentare.

Art. 8

Modalità di concessione del contributo

In attuazione dell'avviso pubblico di cui al precedente articolo, Il Dirigente della struttura competente in materia di Comunicazione Istituzionale con proprio atto dirigenziale e sulla base dell'istruttoria delle domande pervenute, operata dalla commissione di valutazione di cui all'art. 3 del presente regolamento provvede all'individuazione dei soggetti ammessi al finanziamento e la quantificazione di ciascun contributo, nonché l'individuazione dei soggetti non ammessi al finanziamento regionale con la relativa motivazione. La modalità di erogazione delle agevolazioni concesse sarà stabilita negli avvisi pubblici e potrà prevedere anche erogazioni a titolo di anticipazione e di stato avanzamento lavori.

Art. 9

Controlli

1. La struttura regionale competente in materia di Comunicazione Istituzionale provvede ai controlli previsti dall'art.10 della Legge Regionale n. 3 del 2018. La stessa effettua controlli a campione avvalendosi della collaborazione degli organismi previsti dalla legislazione vigente oltre alle verifiche d'ufficio su dati ed informazioni già in possesso dell'Amministrazione.
2. Qualora ne ricorrano i presupposti, su segnalazione degli uffici competenti di cui al comma 1 o su richiesta di un terzo dei membri della Commissione consiliare regionale competente, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza effettua i controlli e la verifica dei requisiti di cui all'articolo 3 della L.R. n. 3/2018 nonché delle condizioni di accesso di cui all'articolo 7 e della veridicità delle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà rilasciate dai soggetti beneficiari degli interventi.

Art. 10

Revoca del contributo e sanzioni

1. Nel caso in cui risulti che l'erogazione degli interventi è stata determinata da dichiarazioni mendaci o false attestazioni anche documentali contenute nella domanda, ovvero risulti la mancanza dei requisiti richiesti, i benefici concessi sono revocati, previa contestazione, in esito a un procedimento in contraddittorio.
2. I benefici sono revocati nel caso in cui vengano accertate l'esistenza, in capo al soggetto beneficiario, di contravvenzioni in materia di lavoro, previdenziale, assicurativa e fiscale non conciliabile in via amministrativa e/o procedure di fallimento.
3. I benefici sono revocati anche qualora viene accertato il mancato rispetto delle prescrizioni previste in materia di separazione contabile.
4. La revoca dei benefici comporta l'obbligo, a carico del soggetto a cui sono stati concessi, di riversare alla Regione Puglia, entro i termini fissati nel provvedimento stesso, l'intero ammontare percepito, rivalutato secondo gli indici ufficiali ISTAT di inflazione, in rapporto ai prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, oltre agli interessi corrispettivi al tasso legale, nonché l'esclusione dalla partecipazione al bando per la concessione degli stessi benefici per i tre anni successivi all'accertamento.
5. Se l'obbligato non ottempera al versamento entro i termini fissati, il recupero coattivo dei contributi e degli accessori al contributo stesso, rivalutazione e interessi, viene disposto mediante iscrizione a ruolo delle somme complessivamente dovute.

Il presente Regolamento è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'art. 53 comma 1 della L.R. 12/05/2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia". E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione Puglia.

Dato a Bari, addì 21 gen. 2019

EMILIANO

REGOLAMENTO REGIONALE 21 gennaio 2019, n. 4

“Regolamento regionale sull’Assistenza residenziale e semiresidenziale ai soggetti non autosufficienti - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) estensiva e di mantenimento- Centro diurno per soggetti non autosufficienti.”

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE:

VISTO l’art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla legge costituzionale 22 novembre 1999 n. 1, nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta Regionale l’emanazione dei regolamenti regionali;

VISTO l’art. 42, comma 2, lett. c) della L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto della Regione Puglia”;

VISTO l’art. 44, comma 2, della L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto del Regione Puglia” così come modificato dalla L.R. 20 ottobre 2014, n. 44;

VISTA la Delibera di Giunta Regionale N° 2449 del 21/12/2018 di adozione del Regolamento;

EMANA IL SEGUENTE REGOLAMENTO

ART. 1 FINALITA’

Il presente Regolamento individua il fabbisogno, disciplina l’autorizzazione alla realizzazione ed all’esercizio, individua i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio, individua gli ulteriori requisiti per l’accreditamento, nonché i criteri di eleggibilità degli assistiti che possono accedere alle seguenti strutture territoriali:

- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) **estensiva e di mantenimento** per soggetti non autosufficienti;
- Centro diurno per soggetti non autosufficienti.

ART. 2 RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA) PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per soggetti non autosufficienti è istituita al fine di semplificare e rendere agevole l’accesso di persone non autosufficienti in strutture residenziali extra-ospedaliere e poter fruire di prestazioni socio-sanitarie, assistenziali, socio-riabilitative e tutelari.

La RSA per soggetti non autosufficienti è articolata in:

- a) RSA **estensiva**;
- b) RSA **di mantenimento**.

La RSA per soggetti non autosufficienti è organizzata in nuclei dedicati per tipologia (anziani, soggetti affetti da demenza) e livelli di assistenza differenziata (estensiva, mantenimento,)

Nell’ambito della RSA possono coesistere:

- nuclei di diversa intensità assistenziale;
- nuclei dedicati per anziani non autosufficienti e nuclei dedicati a soggetti affetti da demenza

ovvero

la RSA può essere organizzata con nuclei di unica tipologia o unico livello assistenziale.

La RSA può essere organizzata per un massimo di 120 posti letto suddivisi in nuclei.

2.1 RSA ESTENSIVA

La RSA estensiva è organizzata in nuclei di assistenza residenziale estensiva.

La RSA estensiva eroga prestazioni in nuclei specializzati (**nucleo di assistenza residenziale estensiva**) a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, richiedenti prestazioni sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale e di inserimento sociale nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche, le cui limitazioni fisiche e/o psichiche non consentono di condurre una vita autonoma e le cui patologie non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione di cui al regolamento regionale n. 12/2015 e s.m.i.

Il nucleo di assistenza residenziale estensiva eroga trattamenti di cura, recupero funzionale e assistenza a persone non autosufficienti (persone anziane e soggetti affetti da demenza) con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico (con somministrazione di terapie endovenose, trattamento di lesioni da decubito profonde), riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico e tutelare.

Per quanto riguarda i pazienti affetti da demenza, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività, che richiedono trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente protetto, le prestazioni sono erogate in nuclei dedicati di assistenza residenziale estensiva per disturbi cognitivo-comportamentali gravi

La degenza è finalizzata al recupero e alla stabilizzazione clinico-funzionale degli ospiti ponendosi come obiettivo principale il rientro degli stessi al proprio domicilio o al livello residenziale di mantenimento (RSA di mantenimento). L'accesso al nucleo di assistenza residenziale estensiva avviene tramite valutazione di tipo prettamente sanitario, mediante utilizzo di sistema di valutazione SVAMA. A tal fine, l'unità di valutazione multidimensionale della competente ASL è integrata con un medico specialista in geriatria, neurologia o riabilitazione (secondo le linee guida della riabilitazione del 2011)

La durata della degenza è di norma non superiore a sessanta giorni.

I trattamenti estensivi in regime residenziale sono a carico del Servizio sanitario regionale.

Il nucleo di assistenza residenziale estensiva è composto da 20 posti letto.

Nel **nucleo di assistenza residenziale estensiva** sono ospitate:

- persone anziane che presentano patologie cronic-degenerative che non necessitano di assistenza ospedaliera o soggetti affetti da patologie psico-geriatriche (demenza senile) in nuclei dedicati.

Sono istituite due tipologie di nuclei di assistenza residenziale estensiva: tipo A e tipo B.

Il nucleo di assistenza residenziale estensiva di tipo A ospita persone anziane, in età superiore ai sessantaquattro

anni, che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore.

Il nucleo di assistenza residenziale estensiva di tipo B ospita persone affette da demenze senili, morbo di Alzheimer e demenze correlate, anche se non hanno raggiunto l'età dei sessantaquattro anni, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività, che richiedono trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente protetto.

Al nucleo di assistenza residenziale estensiva di tipo A e B si accede:

- 1) con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS di residenza del paziente, previa redazione del PAI, su prescrizione-proposta:
 - del MMG,
 - del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente
 - del Medico dell'Unità Operativa di riabilitazione cod. 28, cod. 75, cod. 56 e dell'Unità Operativa di lungodegenza cod. 60 ;
- 2) per trasferimento da struttura di post-acuzie o dagli ospedali di comunità o da altra struttura territoriale di diverso livello assistenziale con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG;
- 3) a seguito dell'aggravarsi delle condizioni cliniche del paziente, per trasferimento da RSA - nucleo di assistenza residenziale di mantenimento (tipo A e B) presente nell'ambito della stessa RSA che già ospita il paziente, che sia anche accreditata e contrattualizzata per il nucleo di assistenza residenziale estensiva (tipo A e B) e con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS ove ha residenza il paziente su proposta della stessa struttura.

Si può accedere al nucleo estensivo della RSA ESTENSIVA, per anziani o per soggetti affetti da demenza, se sussiste il bisogno assistenziale estensivo di cura e il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate.

Il nucleo estensivo della RSA ESTENSIVA, per anziani o per soggetti affetti da demenza, esiste soltanto se è previamente autorizzato all'esercizio e accreditato, secondo le previsioni del presente regolamento e nel rispetto delle procedure di cui alla L.R. n. 9/2017 e s.m.i., e contrattualizzato con la competente ASL. In nessun caso la struttura può accogliere un paziente eleggibile al nucleo estensivo in assenza di specifici provvedimenti di autorizzazione all'esercizio, di accreditamento e sottoscrizione di accordo contrattuale.

La presa in carico del paziente deve essere concordata e comunicata dalla struttura contrattualizzata per il nucleo di **assistenza residenziale estensiva (tipo A o tipo B)**, entro 5 giorni lavorativi, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente l'avvenuta presa in carico. Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe), con particolare riferimento ai cambi di setting assistenziale all'interno della stessa RSA. In ogni caso, l'Area Sociosanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante attiva obbligatoriamente l'UVARP territorialmente competente a seguito del verificarsi, nell'arco di due mesi, di almeno n. 4 trasferimenti di pazienti dal nucleo di RSA estensiva al nucleo di mantenimento.

La durata del trattamento residenziale estensivo di cura è di norma non superiore a 60 giorni, salvo proroga, così come indicato nel PAI redatto dall'UVM. Al termine del percorso di trattamento assistenziale estensivo, in assenza di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo e persistendo il bisogno del paziente di assistenza, questi sarà trasferito in altro setting assistenziale appropriato, preferibilmente di tipo domiciliare, dietro nuova valutazione da parte dell'UVM.

La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo di RSA ESTENSIVA deve essere preventivamente autorizzato dall'UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante.

A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 20 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica inderogabilmente la richiesta di proroga alla UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente.

L'UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante provvede alla valutazione della richiesta di prosecuzione del trattamento e a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente.

Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga.

Analoga procedura è attivata in caso di esito negativo alla richiesta di proroga.

Decorsi inutilmente i termini dei 20 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata.

Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVRP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe) in sede di verifica dell'appropriatezza che vale fatto salvo il periodo di proroga tacitamente accordato.

Si precisa che per l'accesso al **nucleo di assistenza residenziale estensiva di tipo B** (soggetti affetti da demenza) l'UVM si integra o coordina con il Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze nell'ambito del competente DSS (CDCD) di cui al "Piano nazionale demenze" approvato con Accordo Stato – Regioni del 30/10/2014 o con gli altri servizi territoriali specialistici (neurologici, psichiatrici, geriatrici), competenti per la diagnosi di demenza.

2.2 RSA DI MANTENIMENTO

La **RSA di mantenimento** eroga prestazioni in nuclei specializzati (**nucleo di assistenza residenziale di mantenimento**) a persone anziane, in età superiore ai sessantaquattro anni, con gravi deficit psico-fisici, nonché persone affette da demenze senili, che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse, ma che richiedono un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo assistenziale e socio-riabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria, che non sono in grado di condurre una vita autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, non possono far prevedere che limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e non possono essere assistite a domicilio.

La RSA **di mantenimento** non può ospitare persone con età inferiore a sessantaquattro anni, ancorché diversamente abili gravi, fatta eccezione per persone affette da demenze senili, morbo di Alzheimer e demenze correlate, anche se non hanno raggiunto l'età dei sessantaquattro anni e comunque in nuclei dedicati.

Il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento eroga trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti.

I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico e tutelare.

La degenza è finalizzata al mantenimento clinico-funzionale degli ospiti. L'accesso al nucleo di assistenza residenziale di mantenimento avviene tramite valutazione da parte dell'unità di valutazione multidimensionale della competente ASL mediante utilizzo di sistema di valutazione SVAMA. A tal fine, l'unità di valutazione

multidimensionale della competente ASL è integrata con un medico specialista in geriatria, neurologia o riabilitazione (secondo le linee guida della riabilitazione del 2011).

La durata della degenza non è preordinata.

I trattamenti di mantenimento e lungoassistenza in regime residenziale sono a carico del Servizio sanitario regionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera.

Il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento è composto da 20 posti letto.

Sono istituite due tipologie di nuclei di assistenza residenziale di mantenimento: tipo A e tipo B.

Il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di tipo A ospita persone anziane, in età superiore ai sessantaquattro anni, che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse, ma che richiedono un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo assistenziale e socio-riabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria, che non sono in grado di condurre una vita autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, non possono far prevedere che limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e non possono essere assistite a domicilio.

Il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di tipo B ospita persone affette da demenze senili, morbo di Alzheimer e demenze correlate, anche se non hanno raggiunto l'età dei sessantaquattro anni, che richiedono trattamenti di lungoassistenza, anche di tipo riabilitativo, di riorientamento e tutela personale in ambiente protetto.

Al nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di tipo A e B si accede:

- 1) con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS di residenza del paziente, previa redazione del PAI, su prescrizione-proposta:
 - del MMG;
 - del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente;
 - del Medico dell'Unità Operativa di riabilitazione cod. 28, cod. 75, cod. 56 e dell'Unità Operativa di lungodegenza cod. 60;
- 2) per trasferimento da struttura di post-acuzie o dagli ospedali di comunità o da altra struttura territoriale di diverso livello assistenziale con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG;
- 3) a seguito del miglioramento delle condizioni cliniche del paziente, per trasferimento da RSA - nucleo di assistenza residenziale estensiva (tipo A e B) presente nell'ambito della stessa RSA accreditata e contrattualizzata per il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento (tipo A e B) che già ospita il paziente con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS ove ha residenza il paziente su proposta della stessa struttura.

Si può accedere al nucleo di RSA DI MANTENIMENTO, per anziani o per soggetti affetti da demenza, se sussiste il bisogno assistenziale di trattamenti di lungoassistenza e il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate.

La presa in carico del paziente deve essere concordata e comunicata dalla struttura, entro 5 giorni lavorativi, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente l'avvenuta presa in carico. Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe).

La durata del trattamento residenziale di mantenimento per trattamenti di lungoassistenza è fissata in base alle condizioni dell'assistito, così come indicato nel PAI redatto dall'UVM, e può essere soggetto a proroga. Al termine del percorso di trattamento assistenziale di mantenimento, in assenza di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo e persistendo il bisogno del paziente di assistenza, questi sarà trasferito in altro setting assistenziale appropriato, preferibilmente di tipo domiciliare, dietro nuova valutazione da parte dell'UVM.

La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo di RSA DI MANTENIMENTO deve essere preventivamente autorizzato dall'UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante.

A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 30 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica inderogabilmente la richiesta di proroga alla UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente.

L'UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante provvede alla valutazione della richiesta di prosecuzione del trattamento e a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente.

Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga.

Analogha procedura è attivata in caso di esito negativo alla richiesta di proroga.

Decorsi inutilmente i termini dei 30 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata.

Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe) in sede di verifica dell'appropriatezza che vale fatto salvo il periodo di proroga tacitamente accordato.

Si precisa che per l'accesso al **nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di tipo B** (soggetti affetti da demenza) l'UVM si integra o coordina con il Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze nell'ambito del competente DSS (CDCD) di cui al "Piano nazionale demenze" approvato con Accordo Stato – Regioni del 30/10/2014, o con gli altri servizi territoriali specialistici (neurologici, psichiatrici, geriatrici), competenti per la diagnosi di demenza.

ART. 3

CENTRO DIURNO PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

Il centro diurno per soggetti non autosufficienti è una struttura socio-sanitaria a ciclo diurno finalizzata all'accoglienza di soggetti in condizione di non autosufficienza, che per il loro declino cognitivo e funzionale esprimono bisogni non adeguatamente gestibili a domicilio per l'intero arco della giornata.

Il centro è destinato a soggetti affetti da demenza associata o meno a disturbi del comportamento, anche se non soggetti anziani con età superiore ai 64 anni, non affetti da gravi deficit motori, gestibili in regime di semiresidenzialità, capaci di trarre profitto da un intervento integrato, così come definito dal rispettivo Piano assistenziale individualizzato (PAI).

Non possono essere accolti nel Centro le seguenti tipologie di utenti:

- malattia psichiatrica (es. schizofrenia, ...)
- demenza di grado avanzato, tale da non consentire il ciclo semiresidenziale di assistenza e le tipologie di prestazioni ivi erogabili
- disturbi del comportamento di entità tale da compromettere lo svolgimento delle attività del Centro.

Il Centro diurno per soggetti non autosufficienti eroga trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento

funzionale, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.

I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico e tutelare.

L'accesso al Centro diurno avviene tramite valutazione da parte dell'unità di valutazione multidimensionale della competente ASL mediante utilizzo di sistema di valutazione SVAMA.

La durata della degenza non è preordinata.

I trattamenti di mantenimento e lungoassistenza in regime semiresidenziale sono a carico del Servizio sanitario regionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera.

Il Centro diurno per soggetti non autosufficienti è organizzato in nuclei di 30 posti. Ogni Centro diurno può essere autorizzato all'esercizio per un massimo di 30 posti.

Il Centro diurno per soggetti non autosufficienti assicura l'apertura e l'erogazione dei servizi previsti per almeno otto ore al giorno, per sei giorni a settimana, dal lunedì al sabato, esclusi i giorni festivi da calendario. La frequenza di utilizzo del Centro per ciascun utente potrà essere di 3 o 6 accessi alla settimana, in base a quanto definito nel PAI.

Finalità complessive del Centro sono le seguenti:

- controllare/contenere il processo di deterioramento cognitivo ed i disturbi del comportamento;
- mantenere il più a lungo possibile le capacità funzionali e socio relazionali;
- consentire il mantenimento dei soggetti a domicilio, ritardandone il ricovero in strutture residenziali;
- aiutare la famiglia a comprendere l'evoluzione cronica della malattia e supportare il care giver rispetto alle attività del Centro.

Il centro deve, in ogni caso, organizzare:

- servizio di accoglienza
- attività di cura e assistenza alla persona
- servizio medico e infermieristico
- attività di terapia occupazionale
- attività di stimolazione/riattivazione cognitiva (memory training, terapia di riorientamento alla realtà – ROT, training procedurale)
- attività di stimolazione sensoriale (musicoterapia, arte terapia, aromaterapia, ecc..)
- attività di stimolazione emozionale (terapia della reminiscenza, terapia della validazione, psicoterapia di supporto)
- strategie per la riduzione della contenzione, specie farmacologica, e per l'utilizzo dei presidi di sicurezza
- socializzazione, attività ricreative, ludiche, culturali, religiose
- servizio pasti

Al Centro diurno per soggetti non autosufficienti si accede con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS di residenza del paziente, previa redazione del PAI, su diagnosi di demenza effettuata dal Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze nell'ambito del competente DSS (CDCD) di cui al "Piano nazionale demenze" approvato con Accordo Stato – Regioni del 30/10/2014 o dagli altri servizi ospedalieri e territoriali specialistici (neurologici, psichiatrici, geriatrici).

La presa in carico del paziente deve essere concordata e comunicata dalla struttura, entro 5 giorni lavorativi, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente l'avvenuta presa in carico. Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe). La non frequenza immotivata del centro per periodi superiori ai 10gg. consecutivi equivale alla dimissione volontaria

La durata del trattamento semiresidenziale di mantenimento per trattamenti di lungoassistenza è fissata in base alle condizioni dell'assistito, così come indicato nel PAI redatto dall'UVM, e può essere soggetto a proroga. Al termine del percorso di trattamento assistenziale di mantenimento, in assenza di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo e persistendo il bisogno del paziente di assistenza, questi sarà trasferito in altro setting assistenziale appropriato, preferibilmente di tipo domiciliare, dietro nuova valutazione da parte dell'UVM.

La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo semiresidenziale di mantenimento di Centro diurno deve essere preventivamente autorizzato dall'UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante.

A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 30 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica inderogabilmente la richiesta di proroga alla UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente.

L'UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante provvede alla valutazione della richiesta di prosecuzione del trattamento e a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga.

Analogha procedura è attivata in caso di esito negativo alla richiesta di proroga.

Decorsi inutilmente i termini dei 30 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata.

Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe) in sede di verifica dell'appropriatezza che vale fatto salvo il periodo di proroga tacitamente accordato.

Si precisa che per l'accesso al Centro diurno per soggetti non autosufficienti l'UVM si integra o coordina con il Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze nell'ambito del competente DSS (CDCD) di cui al "Piano nazionale demenze" approvato con Accordo Stato – Regioni del 30/10/2014 o con gli altri servizi territoriali specialistici (neurologici, psichiatrici, geriatrici), competenti per la diagnosi di demenza.

ART.4

REQUISITI STRUTTURALI GENERALI PER LA RSA E IL CENTRO DIURNO PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

La RSA e il Centro diurno per soggetti non autosufficienti devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- protezione antisismica;

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

In merito a tali requisiti si rinvia alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali.

ART.5

REQUISITI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLE RSA

5.1 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER LE RSA

Standard dimensionali e strutturali

Gli standard dimensionali sono determinati nelle misure che seguono, tenendo presente che gli standard rapportati alle persone sono da considerarsi netti, in quanto fanno riferimento a superfici utili per lo svolgimento delle funzioni specifiche:

- a) la superficie totale utile funzionale delle strutture è fissata in un minimo mq 40 per ospite;
- b) per le camere (bagno escluso):
 - minimo mq 12 per una persona;
 - minimo mq 18 per due persone;
- c) le restanti aree di attività e di servizio sono da dimensionarsi nel computo complessivo di 40 mq per ospite di cui alla precedente lettera a);
- d) nel caso di strutture sanitarie o sociosanitarie preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in difetto entro il 15% degli standard di riferimento.

Le porte devono possedere caratteristiche tali da limitare l'ingombro durante l'apertura (P. es. porte scorrevoli, rototraslanti..). Le porte di accesso a camere, bagni o ambienti con spazi di manovra ridotti devono aprire verso l'esterno anche per consentire il soccorso a pazienti in caso di caduta. Quando la porta apre verso vie di fuga o uscite di emergenza il senso di apertura deve essere verso l'esodo. La luce netta della porta deve essere di misura tale da consentire il passaggio di letti con ruote, barelle doccia e carrozzine.

I pavimenti devono avere una superficie antisdrucchiolo e non presentare dislivelli, asperità, sconnessioni e gradini nelle aree utilizzate dai degenti. Nelle aree di transito comuni a degenti e visitatori eventuali dislivelli devono essere eliminati con brevi rampe a bassa pendenza (max 4-5%).

I corridoi devono avere larghezza sufficiente per consentire il transito di carrozzine o barelle e comunque dimensioni e caratteristiche adeguate all'esodo in situazioni di emergenza.

I percorsi esterni non devono presentare buche o sporgenze che li ingombrino così da rendere sicuro il movimento ed il transito delle persone e dei mezzi di trasporto.

Area abitativa

Devono essere presenti camere da 1 o 2 letti. All'interno di ogni camera deve essere garantita:

- la privacy degli ospiti, anche attraverso l'impiego di divisori mobili, l'accesso e il movimento delle carrozzine, l'uso dei sollevatori e il passaggio delle barelle;

- a ciascun posto letto, l'accessibilità contemporanea di due operatori per lato, onde garantire le necessarie manovre assistenziali, nonché la possibilità di trasferimento dei pazienti sia su carrozzina che barella;
- la presenza di bagno attrezzato per la non autosufficienza, con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine e sollevatore, dotato di lavandino, wc con doccia, doccia a pavimento o vasca;
- la presenza di un armadio porta abiti e di un mobile basso (con funzione di comodino, scarpiera) per posto letto. Gli arredi devono essere compatibili con la patologia del paziente;
- TV.

Servizi di nucleo

I seguenti servizi possono servire anche diversi nuclei:

- locale soggiorno/TV/spazio collettivo;
- sala da pranzo anche plurinucleo;
- angolo cottura;
- locale di servizio per il personale con annessi servizi igienici;
- un bagno assistito per immersione totale in posizione supina (dovranno essere garantiti spazi idonei a consentire le manovre al personale di assistenza);
- locale deposito biancheria pulita (articolato per piano per nuclei presenti su più piani);
- locale deposito materiale sporco, con vuotatoio e lavapadelle (articolato per piano per nuclei presenti su più piani);
- locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, etc. (articolato per piano e per nuclei presenti su più piani);
- locale attività pedagogico-educativa, addestramento professionale, tempo libero.

Area destinata alla valutazione e alle terapie

Tale area, che deve essere opportunamente individuata e indicata all'interno della struttura, può servire anche diversi nuclei. Devono essere previsti:

- ambulatorio o studio medico attrezzato per visite e valutazioni specifiche di minimo mq 12;
- locale per l'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione;
- palestra con attrezzature e presidi necessari per le specifiche attività riabilitative previste di dimensione non inferiore a 60 mq;
- locale per l'attività infermieristica.

Area della socializzazione

Tale area, che deve essere opportunamente individuata e indicata all'interno della struttura, può servire anche diversi nuclei. Devono essere presenti:

- servizi per l'assistenza religiosa e relativo locale;
- locale bar (in alternativa locale con distributori automatici di alimenti e bevande);
- soggiorno polivalente;
- bagni per i visitatori, distinti per uomini e donne, di cui almeno uno accessibile alle persone con disabilità;
- aree verdi attrezzate, e accessibili alle persone con disabilità, all'interno del complesso.

Servizi a richiesta dell'utenza

- locali per servizi al degente (es.: barbiere, parrucchiere, podologo);
- possibilità di servizio lavanderia esterno;

Aree generali e di supporto

Tale area, che deve essere opportunamente individuata e indicata all'interno della struttura, può servire anche diversi nuclei.

Devono essere previsti:

- ingresso con portineria, posta, telefono;
- uffici amministrativi con archivio per la documentazione clinica e amministrativa;
- Sala riunioni;
- cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo sporzionamento);
- lavanderia e stireria (se il servizio è appaltato all'esterno locali per lo stoccaggio);
- servizio di pulizia (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo stoccaggio attrezzi e materiale vario);
- magazzini;
- camera ardente con sala dolenti;
- parcheggio per motoveicoli all'interno del complesso fruibile dai visitatori realizzato ed autorizzato nel rispetto della normativa vigente di settore. In alternativa, laddove possibile, è permesso l'utilizzo di parcheggi pubblici o privati in convenzione con la struttura per la sosta dei motoveicoli appartenenti ai visitatori.

Tutti i corridoi e le scale devono essere forniti di corrimano.

In caso di strutture a più piani, deve essere presente almeno un ascensore. Le dimensioni dell'ascensore devono essere tali da garantire l'accesso almeno ad una carrozzina e un operatore, e comunque tali da garantire l'accesso di una barella/lettiga.

5.2 REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI PER LE RSA

Tutti gli ambienti delle varie aree e servizi (area abitativa, servizi di nucleo, area destinata alla valutazione e alle terapie, area della socializzazione, aree generali e di supporto) devono essere dotati di impianto di riscaldamento e di condizionamento.

In ogni struttura è presente e accessibile il carrello per la gestione delle emergenze/urgenze, completo di defibrillatore, saturimetro, materiale per l'assistenza respiratoria [pallone AMBU (Assistant Manual Breathing Unit), maschere facciali e orofaringee], sfigmomanometro, fonendoscopio, laccio emostatico, siringhe, materiale per medicazione e farmaci di pronto intervento previsti dalla normativa vigente.

Devono essere presenti:

- letti elettrici articolati ad altezza variabile con sponde e ruote (per tutti i posti letto residenza);
- materassini antidecubito;
- cuscini antidecubito in misura non inferiore ad $\frac{1}{4}$ dei posti letto della struttura;
- sistema di chiamata/allarme;
- sollevatori pazienti elettrici con diverse tipologie di imbragature;

- carrozzine;
- apparecchi per aerosolterapia;
- broncoaspiratori / bronco-aspiratori portatili con sistema a batteria ricaricabile;
- almeno n. 2 poltroncine doccia
- disponibilità di gas medicali.

5.3 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI PER LE RSA

Il ruolo di Responsabile sanitario della struttura è affidato a un medico preferibilmente specialista in geriatria, neurologia, cardiologia e discipline equipollenti e affini, o specialista in riabilitazione. Per medico specialista in riabilitazione si intende un medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitativa ed equipollenti, ovvero un medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concorsuali, l'accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative così come individuate dal presente regolamento.*

**cfr. Documento "Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione" del 2011*

In caso di assenza o d'impedimento temporanei le funzioni del Responsabile sanitario vengono assunte da un altro medico con le stesse caratteristiche professionali.

Il Responsabile sanitario della RSA deve garantire la presenza per almeno 6 ore settimanali nel nucleo estensivo e almeno 4 ore settimanali nel nucleo di mantenimento.

Il Responsabile sanitario cui è affidata la direzione sanitaria:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature e degli impianti;
- vigila sulla puntuale osservanza delle norme igienico sanitarie, sulla efficienza e sicurezza dello strumentario e dei locali, sulla validità e corretta applicazione delle metodologie in uso;
- vigila sulla gestione dei farmaci;
- vigila sul rispetto delle norme che regolamentano le incompatibilità del personale;
- garantisce la regolare presenza del personale;
- è responsabile del rispetto del PAI definito dall'UVM competente per ciascun paziente e della sua regolare erogazione;
- è responsabile della registrazione delle cartelle cliniche degli ospiti, del loro aggiornamento periodico e dell'archiviazione;
- vigila sull'aggiornamento formativo dell'équipe della struttura.

Tutto il personale operante nella RSA è in possesso delle necessarie qualificazioni professionali e di idoneo titolo legalmente riconosciuto.

Il personale operante nella struttura deve essere garantito, in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna figura professionale, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente. Il personale operante nella struttura deve avere un rapporto lavorativo di tipo subordinato (tempo indeterminato e determinato) alla diretta dipendenza del titolare della struttura. Il ricorso a contratti a tempo determinato è possibile fino ad un massimo del 20% rispetto al totale del personale in organico, ivi compreso il ricorso a contratti a tempo determinato per sostituzioni di personale a seguito di congedi per maternità, aspettativa o malattia. In caso di assenza superiore a 15 giorni di personale con diritto alla conservazione del posto di lavoro (maternità, infortunio, malattia, aspettativa) è obbligatoria la sostituzione con personale di pari profilo professionale nel rispetto del debito orario richiesto nella sezione "Requisiti specifici organizzativi".

A parziale deroga di quanto innanzi ed esclusivamente per quanto attiene il personale medico (responsabile sanitario e medici specialisti) è consentito il rapporto di tipo libero professionale.

Al legale rappresentante della RSA è fatto divieto di esternalizzare la gestione della struttura a soggetti terzi. Tale divieto non si applica alle RSA a titolarità pubblica, ovvero alle RSA di Aziende Sanitarie Locali, ai sensi dell'art. 9 – bis del D.L.gs. n. 502/92 e s.m.i. relativamente alle sperimentazioni gestionali, e alle RSA di Comuni e di Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP), in riferimento all'appalto del servizio di gestione ai sensi del d.lgs. n.50/2016 e s.m.i.

Le uniche forme possibili di gestione esternalizzata riguardano il servizio mensa, il servizio lavanderia e il servizio di pulizia.

Il personale medico è composto da medici specialisti in geriatria, neurologia, cardiologia e discipline equipollenti e affini, o specialisti in riabilitazione. Per medico specialista in riabilitazione si intende un medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitativa ed equipollenti, ovvero un medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concorsuali, l'accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative così come individuate dal presente regolamento.*

**cfr. Documento "Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione" del 2011*

In subordine, il personale medico può essere composto da medici inseriti nella graduatoria regionale di medicina generale che non siano titolari di nessun incarico in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale e che non si trovino in situazioni di incompatibilità e conflitto d'interessi ai sensi dell'art. 17 dell'ACN medicina generale vigente.

La struttura trasmette annualmente l'elenco della dotazione organica alla competente Sezione regionale opportunamente dettagliato, specificando per ciascun nucleo i nominativi degli operatori, la qualifica professionale, il titolo di studio, la data di assunzione e la tipologia del contratto con il debito orario.

Per ogni utente è:

- redatto il Piano Assistenziale Individuale;
- compilata la cartella clinica che deve contenere i dati relativi al paziente (anagrafici, operatori di riferimento, diagnosi, valutazione sociale), il PAI, il dettaglio delle attività effettuate da ciascun operatore, i risultati degli strumenti di valutazione utilizzati, le verifiche con l'indicazione dei risultati raggiunti e la motivazione della chiusura del programma; in cartella sono registrate le eventuali assenze dell'utente dalla struttura, con la relativa motivazione.

L'organizzazione garantisce all'ospite:

- prestazioni di tipo alberghiero comprendenti alloggio, vitto rapportati alle particolari condizioni degli ospiti;
- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose;
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione;
- prestazioni infermieristiche;
- prestazioni riabilitative;
- prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;
- prestazioni di prevenzione della sindrome da immobilizzazione con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto;
- attività di animazione, attività occupazionale, ricreativa di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine; le autonomie e la partecipazione familiare e sociale sono favorite utilizzando anche le risorse del contesto territoriale in cui è ubicata la struttura, comprese le associazioni di volontariato;

- prestazioni per la cura personale (es.: barbiere, parrucchiere, lavanderia) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- è gradita l'assistenza religiosa e spirituale favorendo la presenza di diversi assistenti religiosi a seconda della confessione degli ospiti.

Le prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagini, farmaceutiche, di assistenza protesica, di fornitura di dispositivi medici monouso, le visite specialistiche e le prestazioni odontoiatriche, sebbene non erogate dalla struttura, sono assicurate agli ospiti attraverso i servizi della ASL.

Un eventuale peggioramento delle condizioni cliniche del paziente che determini la necessità di ricovero ospedaliero per acuzie determinerà l'attivazione del servizio territoriale di emergenza.

Nel solo caso di ricovero ospedaliero e fino ad un massimo di 20 giorni, il paziente conserva il posto letto nella struttura. Decorsi i 20 giorni senza che il paziente sia stato dimesso dall'ospedale, l'UVM valuta la situazione del paziente al fine dell'aggiornamento del PAI. Per il periodo di assenza a seguito di ricovero ospedaliero, fino ad un massimo di 20 giorni, alla struttura autorizzata all'esercizio, accreditata e contrattualizzata sarà riconosciuto quale corrispettivo il 70% della quota sanitaria.

La struttura redige la carta dei servizi, da consegnare agli ospiti e ai familiari di riferimento al momento dell'ingresso. Il documento deve specificare:

- la mission;
- la dotazione del personale con le rispettive attribuzioni/compiti;
- le norme igienico sanitarie;
- le finalità ed i metodi di cura/riabilitativi/assistenziali;
- l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo sia agli orari dei pasti e delle visite che alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- l'indicazione delle modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal SSR;
- le modalità di raccolta dei reclami e/o dei suggerimenti per il miglioramento della qualità della struttura.

È garantita alla famiglia una adeguata informazione e partecipazione nonché specifica formazione prima del rientro del paziente nel proprio ambiente di vita.

Il sistema di archiviazione delle cartelle cliniche deve consentire un rapido accesso ai dati.

Le strutture assolvono al debito informativo nei confronti della Regione, delle ASL e delle UVARP anche attraverso l'adesione al Sistema Informativo per l'Assistenza Residenziale, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

ART.6

REQUISITI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DEL CENTRO DIURNO PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

Il centro può configurarsi come entità edilizia autonoma o come spazio aggregato ad altre strutture sociali e sociosanitarie; è localizzato in ogni caso in centro abitato e facilmente raggiungibile con mezzi pubblici.

6.1 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DEL CENTRO DIURNO PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

La struttura deve, in ogni caso, garantire:

- un ambiente sicuro e protesico per l'utenza a cui il Centro fa riferimento
- congrui spazi destinati alle attività, non inferiori a complessivi 250 mq per 30 utenti, inclusi i servizi igienici e le zone ad uso collettivo;
 - zone ad uso collettivo, suddivisibili anche attraverso elementi mobili, per il ristoro, le attività di socializzazione e ludico-motorie con possibilità di svolgimento di attività individualizzate;
 - una zona riposo distinta dagli spazi destinati alle attività, con almeno una camera con n. 2 posti letto per il sollievo per la gestione delle emergenze;
 - autonomi spazi destinati alla preparazione e alla somministrazione dei pasti, in caso di erogazione del servizio;
 - spazio amministrativo;
 - linea telefonica abilitata a disposizione degli/le utenti;
 - servizi igienici attrezzati:
 - 2 bagni per ricettività fino a 15 utenti, di cui uno destinato alle donne;
- 3 bagni per ricettività oltre 15 utenti, di cui uno riservato in rapporto alla ricettività preventiva uomini/donne.
 - un servizio igienico per il personale.

Tutti i servizi devono essere dotati della massima accessibilità.

6.2 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO DIURNO PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

Il ruolo di Responsabile sanitario del Centro diurno è affidato ad un medico specialista preferibilmente in geriatria o neurologia o psichiatria e discipline equipollenti.

In caso di assenza o d'impedimento temporanei le funzioni del Responsabile sanitario vengono assunte da un altro medico con le stesse caratteristiche professionali.

Il Responsabile sanitario del Centro diurno deve garantire la presenza per almeno 4 ore settimanali per nucleo.

Il medico cui è affidata la direzione sanitaria:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature e degli impianti;
- vigila sulla puntuale osservanza delle norme igienico sanitarie, sulla efficienza e sicurezza dello strumentario e dei locali, sulla validità e corretta applicazione delle metodologie in uso;
- vigila sulla gestione dei farmaci;
- vigila sul rispetto delle norme che regolamentano le incompatibilità del personale;
- garantisce la regolare presenza del personale;
- è responsabile della predisposizione del PAI per ciascun paziente e della regolare erogazione;
- è responsabile della registrazione delle cartelle cliniche degli ospiti, del loro aggiornamento e dell'archiviazione;
- vigila sull'aggiornamento formativo dell'équipe della struttura.

Tutto il personale operante nel Centro diurno è in possesso delle necessarie qualificazioni professionali e di idoneo titolo legalmente riconosciuto.

Il personale operante nella struttura deve essere garantito, in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna figura professionale, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente. Il personale operante nella struttura deve avere un rapporto lavorativo di tipo subordinato (tempo indeterminato e determinato) alla diretta dipendenza del titolare della struttura. Il ricorso a contratti a tempo determinato è possibile fino ad un massimo del 20% rispetto al totale del personale in organico, ivi compreso il ricorso a contratti a tempo determinato per sostituzioni di personale a seguito di congedi per maternità, aspettativa o malattia. In caso di assenza superiore a 15 giorni di personale con diritto alla conservazione del posto di lavoro (maternità, infortunio, malattia, aspettativa) è obbligatoria la sostituzione con personale di pari profilo professionale nel rispetto del debito orario richiesto nella sezione "Requisiti specifici organizzativi". A parziale deroga di quanto innanzi ed esclusivamente per quanto attiene il personale medico (responsabile sanitario e medici specialisti) è consentito il rapporto di tipo libero professionale.

Al legale rappresentante del Centro diurno è fatto divieto di esternalizzare la gestione della struttura a soggetti terzi. Tale divieto non si applica ai Centri diurni a titolarità pubblica, ovvero ai Centri diurni di Aziende Sanitarie Locali, ai sensi dell'art. 9 – bis del D.L.gs. n. 502/92 e s.m.i. relativamente alle sperimentazioni gestionali, e ai Centri diurni di Comuni e di Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP), in riferimento all'appalto del servizio di gestione ai sensi del d.lgs. n.50/2016 e s.m.i.

Le uniche forme possibili di gestione esternalizzata riguardano il servizio mensa, il servizio lavanderia e il servizio di pulizia.

Il personale medico è composto da medici specialisti in geriatria o neurologia o psichiatria e discipline equipollenti.

La struttura trasmette annualmente l'elenco della dotazione organica alla competente Sezione regionale opportunamente dettagliato, specificando per ciascun nucleo i nominativi degli operatori, la qualifica professionale, il titolo di studio, la data di assunzione e la tipologia del contratto con il debito orario. E' fatto divieto di utilizzare il personale a servizio di più nuclei, fatta esclusione per il raggiungimento del requisito del tempo pieno.

In subordine, il personale medico può essere composto da medici inseriti nella graduatoria regionale di medicina generale che non siano titolari di nessun incarico in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale e che non si trovino in situazioni di incompatibilità e conflitto d'interessi ai sensi dell'art. 17 dell'ACN medicina generale vigente.

Per ogni utente è:

- redatto il Piano Assistenziale Individuale;
- compilata la cartella clinica che deve contenere i dati relativi al paziente (anagrafici, operatori di riferimento, diagnosi, valutazione sociale), il PAI, il dettaglio delle attività effettuate da ciascun operatore, i risultati degli strumenti di valutazione utilizzati, le verifiche con l'indicazione dei risultati raggiunti e la motivazione della chiusura del programma; in cartella sono registrate le eventuali assenze dell'utente dalla struttura, con la relativa motivazione.

L'organizzazione garantisce all'ospite:

- prestazioni di tipo alberghiero comprendenti il vitto e uno spazio riposo rapportati alle particolari condizioni degli ospiti;
- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose;
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione;
- prestazioni infermieristiche;
- prestazioni riabilitative;
- prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;
- attività di animazione, attività occupazionale, ricreativa di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare

e sociale di origine; le autonomie e la partecipazione familiare e sociale sono favorite utilizzando anche le risorse del contesto territoriale in cui è ubicata la struttura, comprese le associazioni di volontariato;

La struttura redige la carta dei servizi, da consegnare agli ospiti e ai familiari di riferimento al momento dell'ingresso. Il documento deve specificare:

- la mission;
- la dotazione del personale con le rispettive attribuzioni/compiti;
- le norme igienico sanitarie;
- le finalità ed i metodi di cura/riabilitativi/assistenziali;
- l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo sia agli orari dei pasti che alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- l'indicazione delle modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal SSR;
- le modalità di raccolta dei reclami e/o dei suggerimenti per il miglioramento della qualità della struttura.

È garantita alla famiglia una adeguata informazione e partecipazione nonché specifica formazione prima del rientro del paziente nel proprio ambiente di vita.

Il sistema di archiviazione delle cartelle cliniche deve consentire un rapido accesso ai dati.

Le strutture assolvono al debito informativo nei confronti della Regione, delle ASL e delle UVARP anche attraverso l'adesione al Sistema Informativo per l'Assistenza Residenziale, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

ART.7

REQUISITI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

7.1 REQUISITI SPECIFICI STRUTTURALI DELLE RSA E DEL CENTRO DIURNO PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

Ai requisiti previsti rispettivamente nell'art. 5.1 e 6.1 "*Requisiti minimi strutturali*" sono richiesti i seguenti ulteriori requisiti:

a) nel caso in cui il servizio di vitto sia a gestione diretta (preparazione in loco), la cucina deve essere strutturata e dimensionata in relazione al numero di pasti da preparare/confezionare e suddivisa in settori/aree lavoro o locali secondo la normativa vigente al fine di garantire un'adeguata e corretta gestione del processo. La cucina e i locali annessi (servizi igienici, deposito/dispensa, ecc.) devono inoltre rispettare i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di igiene alimentare (Reg. CE 852/04 e s.m.i.);

b) nel caso in cui il servizio di vitto sia garantito con pasti veicolati, deve/devono essere presente/i uno o più locali (a seconda del numero dei pasti veicolati) di adeguate dimensioni, dedicato/i alla loro ricezione, alla conservazione, alla eventuale porzionatura (ove prevista), nonché al lavaggio della stoviglieria e dei contenitori di trasporto; nel locale devono essere presenti attrezzature per la corretta conservazione a caldo e/o a freddo degli alimenti, nonché le attrezzature necessarie per garantire la preparazione estemporanea di generi alimentari di conforto. Il locale deve inoltre rispettare i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di igiene alimentare (Reg. CE 852/04 e s.m.i.).

7.2 REQUISITI SPECIFICI TECNOLOGICI DELLE RSA

Sono confermati i requisiti descritti nell'art. 5.2 *Requisiti minimi tecnologici*

7.3 REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI DELLE RSA

È garantita, per ogni paziente, la predisposizione del Piano Assistenziale Individuale con gli specifici programmi e i tempi di realizzazione previsti, ivi compresi la formazione del caregiver e la presa in carico del nucleo familiare (*informazione/formazione/empowerment/riduzione carico emozionale*).

E' garantita la presenza di:

medico responsabile della struttura;

- medici specialisti;
- psicologi;
- assistenti sociali;
- infermieri;
- terapisti della riabilitazione;
- educatori professionali o terapisti occupazionali;
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.

La RSA che prepara e/o somministra pasti attraverso una gestione diretta o affidamento esterno deve:

a) adottare una tabella dietetica contenente indicazioni relative ai menù, alle grammature, nonché alle tecniche di preparazione e cottura degli alimenti, validata dal Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione della ASL territorialmente competente;

b) avvalersi di una figura professionale interna o esterna (Medico specialista in Scienze dell'alimentazione, Dietista, Biologo Nutrizionista, Tecnologo Alimentare) al fine di consentire alla direzione sanitaria la valutazione dello stato nutrizionale dei pazienti e la definizione delle relative tabelle dietetiche.

c) Il personale addetto alla preparazione e/o somministrazione del vitto deve essere formato, in relazione al tipo di attività svolta, sui temi della sicurezza alimentare e della nutrizione in età geriatrica e delle diete personalizzate da seguire in relazione alle differenti patologie.

Di seguito è riportato lo standard organizzativo minimo distinto per RSA estensiva - nucleo di tipo A e B, RSA di mantenimento - nucleo di tipo A e B.

7.3.1 Requisiti specifici organizzativi per RSA estensiva - nucleo di assistenza residenziale estensiva di tipo A per persone anziane

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale di n.1 nucleo da 20 posti letto. In presenza di un numero di nuclei superiori a 1, lo standard di personale di un nucleo è moltiplicato per il numero di nuclei autorizzati. In presenza di nuclei con numero di posti letto inferiori a 20, il personale è rapportato al numero dei posti, fermo restando il rispetto della presenza dell'operatore socio sanitario nell'arco delle 24 ore.

NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE ESTENSIVA DI TIPO A PER PERSONE ANZIANE DA 20 POSTI LETTO	CODICE R2
FUGURE PROFESSIONALI	N.UNITA'*
RESPONSABILE SANITARIO	6 ore sett.
MEDICO SPECIALISTA	8 ore sett.

INFERMIERE PROFESSIONALE	3
OSS presenza h 24	5
TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE	1
EDUCATORE PROFESSIONALE O TERAPISTA OCCUPAZIONALE	1
PSICOLOGO	6 ore sett.
ASSISTENTE SOCIALE	6 ore sett.

Le figure professionali sono espresse in unità di lavoro a tempo pieno;

1unità di medico = 38 ore sett.

1unità di altre figure professionali = 36 ore sett.

Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana

Il personale riportato in tabella s'intende personale in organico, come rilevabile dalla documentazione obbligatoria in materia di lavoro.

La struttura dovrà garantire l'accesso di ogni altro specialista dipendente o convenzionato della ASL territorialmente competente secondo le specifiche esigenze dei pazienti presenti.

Oltre allo standard di infermiere professionale riportato nella tabella, deve essere garantita la presenza di n. 1 unità infermieristica in possesso di attestato di BLS/D durante il turno notturno all'interno della struttura. A tal riguardo si rimanda a quanto esplicitato sul punto nel paragrafo 7.3.3.

I professionisti sanitari della riabilitazione devono essere in possesso di idoneo titolo (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741- D.M. 27 luglio 2000; terapisti occupazionali ex D.M. 17 gennaio 1997, n.136 - D.M. 27 luglio 2000; educatori professionali ex D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 - D.M. 27 luglio 2000)

In riferimento agli educatori professionali in servizio nella struttura alla data di entrata in vigore del presente regolamento, si rinvia a quanto previsto dall'art. 46 del R.R. n. 4/2007 per quanto compatibile con la normativa nazionale e regionale in materia di professioni socio-sanitarie.

Ferma restando la dotazione organica relativa agli OSS, stabilita nella tabella di cui innanzi in misura pari a n. 5 unità per ogni modulo da 20 posti letto, nelle strutture con più moduli l'organico complessivo del personale OSS è utilizzato in funzione delle necessità assistenziali unitarie della struttura assicurando comunque la copertura durante il turno di notte di n. 1 OSS ogni 40 posti letto.

7.3.2 Requisiti specifici organizzativi per RSA estensiva - nucleo di assistenza residenziale estensiva di tipo B per persone affette da demenza

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale di n.1 nucleo da 20 posti letto. In presenza di un numero di nuclei superiori a 1, lo standard di personale di un nucleo è moltiplicato per il numero di nuclei autorizzati. In presenza di nuclei con numero di posti letto inferiori a 20, il personale è rapportato al numero dei posti, fermo restando il rispetto della presenza dell'operatore socio sanitario nell'arco delle 24 ore.

NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE ESTENSIVA DI TIPO B PER PERSONE AFFETTE DA DEMENZA DA 20 POSTI LETTO	CODICE R2D
FUGURE PROFESSIONALI	N.UNITA'*

RESPONSABILE SANITARIO	6 ore sett.
MEDICO SPECIALISTA	6 ore sett.
TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE	0,5
INFERMIERE PROFESSIONALE	3
OSS Con presenza di 1 OSS la notte	8
EDUCATORE PROFESSIONALE O TERAPISTA OCCUPAZIONALE	1,5
PSICOLOGO	12 ore sett.
ASSISTENTE SOCIALE	6 ore sett.

Le figure professionali sono espresse in unità di lavoro a tempo pieno

1 unità di medico = 38 ore sett.

1 unità di altre figure professionali = 36 ore sett.

Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana

Il personale riportato in tabella s'intende personale in organico, come rilevabile dalla documentazione obbligatoria in materia di lavoro.

La struttura dovrà garantire l'accesso di ogni altro specialista dipendente o convenzionato della ASL territorialmente competente secondo le specifiche esigenze dei pazienti presenti.

Oltre allo standard di infermiere professionale riportato nella tabella, deve essere garantita la presenza di n. 1 unità infermieristica in possesso di attestato di BLS/D durante il turno notturno all'interno della struttura. A tal riguardo si rimanda a quanto esplicitato sul punto nel paragrafo 7.3.3.

I professionisti sanitari della riabilitazione devono essere in possesso di idoneo titolo (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741 – D.M. 27 luglio 2000; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n.136 – D.M. 27 luglio 2000; educatore professionali ex D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 – D.M. 27 luglio 2000)

In riferimento agli educatori professionali in servizio nella struttura alla data di entrata in vigore del presente regolamento, si rinvia a quanto previsto dall'art. 46 del R.R. n. 4/2007 per quanto compatibile con la normativa nazionale e regionale in materia di professioni socio-sanitarie.

7.3.3 Requisiti specifici organizzativi per RSA di mantenimento - nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di tipo A per persone anziane

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale di n.1 nucleo da 20 posti letto. In presenza di un numero di nuclei superiori a 1, lo standard di personale di un nucleo è moltiplicato per il numero di nuclei autorizzati. In presenza di nuclei con numero di posti letto inferiori a 20, il personale è rapportato al numero dei posti, fermo restando il rispetto della presenza dell'infermiere professionale e dell'operatore socio sanitario nell'arco delle 24 ore.

NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE DI MANTENIMENTO DI TIPO A PER PERSONE ANZIANE DA 20 POSTI LETTO	CODICE R3
FUGURE PROFESSIONALI	N.UNITA'*
RESPONSABILE SANITARIO	4 ore sett.

MEDICO SPECIALISTA	2 ore sett.
INFERMIERE PROFESSIONALE	2
OSS presenza h 24	5
TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE	12 ore sett.
EDUCATORE PROFESSIONALE O TERAPISTA OCCUPAZIONALE	12 ore sett.
PSICOLOGO	6 ore sett.
ASSISTENTE SOCIALE	6 ore sett.

Le figure professionali sono espresse in unità di lavoro a tempo pieno

1 unità di medico = 38 ore sett.

1 unità di altre figure professionali = 36 ore sett.

Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana

Il personale riportato in tabella s'intende personale in organico, come rilevabile dalla documentazione obbligatoria in materia di lavoro.

La struttura dovrà garantire l'accesso di ogni altro specialista dipendente o convenzionato della ASL territorialmente competente secondo le specifiche esigenze dei pazienti presenti.

I professionisti sanitari della riabilitazione devono essere in possesso di idoneo titolo (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741 – D.M. 27 luglio 2000; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n.136 – D.M. 27 luglio 2000; educatore professionali ex D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 – D.M. 27 luglio 2000).

In riferimento agli educatori professionali in servizio nella struttura alla data di entrata in vigore del presente regolamento, si rinvia a quanto previsto dall'art. 46 del R.R. n. 4/2007 per quanto compatibile con la normativa nazionale e regionale in materia di professioni sociosanitarie.

Oltre allo standard di infermiere professionale riportato nella tabella, deve essere garantita la presenza di n. 1 unità infermieristica in possesso di attestato di BLS/D durante il turno notturno all'interno della struttura.

L'infermiere professionale che garantisce il turno di notte vigila anche sui pazienti ospitati negli altri nuclei di mantenimento e/o nuclei estensivi eventualmente presenti nella struttura.

Il costo dell'infermiere professionale che garantisce il turno di notte nella struttura sarà compreso nei costi generali da calcolarsi ai fini della determinazione della tariffa. Per le strutture costituite da più nuclei di mantenimento e/o nuclei estensivi, per i nuclei successivi al primo il costo relativo all'infermiere viene convertito in maggiori ore di prestazioni assistenziali da parte di OSS da erogarsi nel corso delle 24 ore. Resta ferma la facoltà per la struttura di garantire la presenza di n. 1 infermiere di notte per nucleo.

Ferma restando la dotazione organica relativa agli OSS, stabilita nella tabella di cui innanzi in misura pari a n. 5 unità per ogni modulo da 20 posti letto, nelle strutture con più moduli l'organico complessivo del personale OSS è utilizzato in funzione delle necessità assistenziali unitarie della struttura assicurando comunque la copertura durante il turno di notte di n. 1 OSS su 40 pazienti.

7.3.4 Requisiti specifici organizzativi per RSA di mantenimento - nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di tipo B per persone affette da demenza

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale di n.1 nucleo da 20 posti letto. In presenza di un numero di nuclei superiori a 1, lo standard di personale di un nucleo è moltiplicato per il numero di nuclei autorizzati. In presenza di nuclei con numero di posti letto inferiori a 20, il personale è rapportato al

numero dei posti, fermo restando il rispetto della presenza dell'operatore socio sanitario nell'arco delle 24 ore.

NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE DI MANTENIMENTO DI TIPO B PER PERSONE AFFETTE DA DEMENZA DA 20 POSTI LETTO	CODICE R3
FUGURE PROFESSIONALI	N.UNITA'*
RESPONSABILE SANITARIO	4 ore sett.
MEDICO SPECIALISTA	2 ore sett.
TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE	12 ore sett.
INFERMIERE PROFESSIONALE	1,5
OSS presenza h 24	5
EDUCATORE PROFESSIONALE O TERAPISTA OCCUPAZIONALE	12 ore sett.
PSICOLOGO	8 ore sett.
ASSISTENTE SOCIALE	6 ore sett.

Le figure professionali sono espresse in unità di lavoro a tempo pieno

1unità di medico = 38 ore sett.

1unità di altre figure professionali = 36 ore sett.

Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana

Il personale riportato in tabella s'intende personale in organico, come rilevabile dalla documentazione obbligatoria in materia di lavoro.

La struttura dovrà garantire l'accesso di ogni altro specialista dipendente o convenzionato della ASL territorialmente competente secondo le specifiche esigenze dei pazienti presenti.

Oltre allo standard di infermiere professionale riportato nella tabella, deve essere garantita la presenza di n. 1 unità infermieristica in possesso di attestato di BLS-D durante il turno notturno all'interno della struttura. A tal riguardo si rimanda a quanto esplicitato sul punto nel paragrafo 7.3.3.

I professionisti sanitari della riabilitazione devono essere in possesso di idoneo titolo (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741– D.M. 27 luglio 2000; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n.136 – D.M. 27 luglio 2000; educatore professionali ex D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 – D.M. 27 luglio 2000)

In riferimento agli educatori professionali in servizio nella struttura alla data di entrata in vigore del presente regolamento, si rinvia a quanto previsto dall'art. 46 del R.R. n. 4/2007 per quanto compatibile con la normativa nazionale e regionale in materia di professioni socio-sanitarie.

Ferma restando la dotazione organica relativa agli OSS, stabilita nella tabella di cui innanzi in misura pari a n. 5 unità per ogni modulo da 20 posti letto, nelle strutture con più moduli l'organico complessivo del personale OSS è utilizzato in funzione delle necessità assistenziali unitarie della struttura assicurando comunque la copertura durante il turno di notte di n. 1 OSS su 40 pazienti.

7.4 REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO DIURNO PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

È garantita, per ogni paziente, la predisposizione del Piano Assistenziale Individuale con gli specifici programmi

e i tempi di realizzazione previsti, ivi compresi la formazione del caregiver e la presa in carico del nucleo familiare (*informazione/formazione/empowerment/riduzione carico emozionale*).

E' garantita la presenza di:

- medico specialista con funzione di responsabile sanitario;
- psicologo;
- infermiere;
- terapeuta della riabilitazione;
- educatori professionali;
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.

Il Centro diurno che prepara e/o somministra pasti attraverso una gestione diretta o affidamento esterno deve:

a) adottare una tabella dietetica contenente indicazioni relative ai menù, alle grammature, nonché alle tecniche di preparazione e cottura degli alimenti, validata dal Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione della ASL territorialmente competente;

b) avvalersi di una figura professionale interna o esterna (Medico specialista in Scienze dell'alimentazione, Dietista, Biologo Nutrizionista, Tecnologo Alimentare) al fine di consentire alla direzione sanitaria la valutazione dello stato nutrizionale dei pazienti e la definizione delle relative tabelle dietetiche.

c) Il personale addetto alla preparazione e/o somministrazione del vitto deve essere formato, in relazione al tipo di attività svolta, sui temi della sicurezza alimentare e della nutrizione in età geriatrica e delle diete personalizzate da seguire in relazione alle differenti patologie.

Di seguito è riportato lo standard organizzativo minimo del Centro diurno demenze.

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale di n.1 nucleo da 30 posti. In presenza di nuclei con numero di posti letto inferiori a 30, il personale è rapportato al numero dei posti.

NUCLEO DI ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI DA 30 POSTI	CODICE SR - SRD
FUGURE PROFESSIONALI	N.UNITA'*
RESPONSABILE SANITARIO	4 ore sett.
MEDICO SPECIALISTA (geriatra, neurologo)	6 ore sett
FISIOTERAPISTA	12 ore sett
INFERMIERE PROFESSIONALE	18 ore sett
OSS	5
EDUCATORE PROFESSIONALE	4
PSICOLOGO	12 ore sett
ASSISTENTE SOCIALE	8 ore sett.

**1unità di medico = 38 ore sett.*

1unità di altre figure professionali = 36 ore sett.

Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana

Il personale riportato in tabella s'intende personale in organico, come rilevabile dalla documentazione obbligatoria in materia di lavoro.

I professionisti sanitari della riabilitazione devono essere in possesso di idoneo titolo (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741– D.M. 27 luglio 2000; educatore professionali ex D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 – D.M. 27 luglio 2000)

In riferimento agli educatori professionali in servizio nella struttura alla data di entrata in vigore del presente regolamento, si rinvia a quanto previsto dall'art. 46 del R.R. n. 4/2007 per quanto compatibile con la normativa nazionale e regionale in materia di professioni sociosanitarie.

ART.8

REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO DELLA RSA E DEL CENTRO DIURNO PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

Il presente capo disciplina i requisiti che le RSA e i Centri diurni devono possedere per accedere all'accreditamento istituzionale.

I requisiti sono formulati nel rispetto dei principi di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni e sulla base degli indirizzi contenuti negli atti di programmazione nazionale e regionale e degli indirizzi contenuti nella Deliberazione di Giunta regionale 23 aprile 2013, n. 775.

8.1 OBIETTIVO 1 - SISTEMA DI GESTIONE

8.1.1. Politica, obiettivi e piano di attività.

La direzione della struttura provvede alla definizione delle politiche complessive ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi che per la qualità delle prestazioni per le quali intende accedere all'accreditamento istituzionale.

Per esplicitare le politiche complessive, gli obiettivi e le relative modalità di realizzazione, la direzione adotta un documento in cui sono riportati:

- a) la missione e cioè la ragione d'essere della organizzazione ed i valori cui si ispira;
- b) i campi prioritari di azione ed i metodi da adottare per raggiungere gli obiettivi che devono:
 - 1) essere articolati nel tempo;
 - 2) risultare congruenti con gli obiettivi previsti nei documenti di programmazione sanitaria regionale.

La direzione della struttura deve coinvolgere nella elaborazione del documento tutte le articolazioni organizzative al fine di garantirne la forte condivisione dei contenuti.

La direzione della struttura deve altresì tenere in considerazione le indicazioni provenienti da associazioni e comitati e i suggerimenti raccolti direttamente dagli utenti attraverso comunicazioni, interviste, questionari, reclami.

La direzione deve esplicitare a tutte le articolazioni organizzative interessate gli obiettivi e le funzioni ad esse assegnate.

8.1.2. Obiettivi della struttura

Gli obiettivi della struttura devono tenere in considerazione i seguenti elementi:

- a) la valutazione dei bisogni e della domanda;
- b) il soddisfacimento del cittadino-utente in conformità alle norme e all'etica professionale;
- c) il continuo miglioramento del servizio;
- d) l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni di servizio.

8.1.3. Obiettivi generali

Gli obiettivi generali sono commisurati al lungo periodo di quattro anni e devono:

- a) essere stabiliti sia per quanto riguarda la tipologia dei servizi che la qualità delle prestazioni che si intendono erogare;
- b) essere congruenti con le risorse specificamente assegnate;
- c) essere compatibili con gli impegni che la direzione della struttura è in grado di sostenere per garantirne il raggiungimento;
- d) essere motivati (sulla base del bisogno, della domanda o di un mandato).

8.1.4. Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici costituiscono la base della pianificazione economica operativa della struttura e hanno la caratteristica di essere improntati sul medio e breve periodo.

Gli obiettivi specifici devono coniugare realisticamente i volumi di attività previsti, le risorse disponibili, le iniziative programmate di adeguamento delle risorse, le attività di miglioramento e i risultati attesi in termini di efficacia e di efficienza delle prestazioni.

Essi debbono inoltre:

- a) essere inseriti in un piano di attività in cui sono chiaramente identificate le responsabilità per la loro attuazione;
- b) essere misurabili;
- c) assoggettati a scadenze (inizio e fine delle attività connesse);
- d) essere articolati nel tempo;
- e) essere sottoposti a valutazione periodica per verificare in quale misura sono stati raggiunti.

Il piano di attività deve, in particolare, comprendere:

- a) la tipologia ed il volume di attività erogabili, in rapporto alle risorse strutturali, tecnologiche ed umane presenti nella struttura ed ai limiti di spesa fissati a livello regionale e locale;
- b) le modalità di erogazione del servizio;
- c) l'organigramma con il quale sono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo, definite le loro funzioni;
- d) l'assegnazione di specifiche responsabilità durante le varie fasi previste per il raggiungimento degli obiettivi specifici, comprese quelle inerenti alle revisioni o modifiche del piano stesso durante la sua realizzazione;
- e) le specifiche procedure documentate o le istruzioni da applicare;
- f) il metodo, le scadenze e gli strumenti, indicatori, per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici;
- g) eventuali nuove iniziative previste per conseguire gli obiettivi specifici.

Il documento della struttura deve essere datato, firmato dalla direzione e riesaminato dalla stessa a intervalli prestabiliti, almeno ogni quattro anni, in modo da assicurarne la continua adeguatezza alle linee di indirizzo, l'efficacia a generare eventuali cambiamenti strutturali ovvero organizzativi, la idoneità in riferimento alle risorse specificamente assegnate.

8.1.5. Diffusione - Condivisione - Motivazione

Per garantire la comprensione, la condivisione o il rispetto degli obiettivi contenuti nel documento emesso dalla direzione della struttura esso deve essere reso disponibile al personale coinvolto direttamente o indirettamente nella erogazione del servizio, affinché tutte le attività possono essere riferite agli indirizzi che vi sono espressi.

La direzione della struttura deve sostenere la politica, gli obiettivi e il piano di attività espressi nel documento, garantendo la disponibilità delle risorse e dei mezzi necessari e assicurandosi, mediante iniziative specifiche, che il personale coinvolto lo sostenga, lo comprenda e lo attui, tenuto conto che in un'organizzazione che eroga servizi, le singole persone costituiscono una risorsa molto importante e il comportamento e le prestazioni influiscono direttamente sulla qualità dei servizi erogati.

Per migliorare la motivazione del personale, la sua crescita, la sua capacità relazionale, la qualità delle prestazioni erogate, la direzione deve assumersi la responsabilità o designare un proprio delegato, se le dimensioni o la complessità della struttura lo richiedono, di:

- a) predisporre un ambiente di lavoro che stimola il miglioramento e consolida i rapporti di collaborazione;
- b) assicurare che siano ben compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;
- c) curare che tutti siano consapevoli di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito al cittadino-utente;
- d) verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza nella misurazione;
- e) accertare periodicamente la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio;
- f) raccogliere suggerimenti, proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza, efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;
- g) verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza alla organizzazione.

8.1.6. Risorse umane

Nelle organizzazioni sanitarie e sociosanitarie il personale rappresenta un elemento primario nei vari processi di produzione ed erogazione di prestazioni e servizi. Le attività sanitarie, per loro natura, non sono sempre standardizzabili in quanto l'ambito discrezionale del contributo professionale è sempre presente in relazione al livello di responsabilità ed in grado quindi di influenzare il risultato, quando il contributo professionale ai processi produttivi di una organizzazione rappresenta una variabile così rilevante, la sua gestione assume inevitabilmente valenza strategica. Di conseguenza, la scelta di professionalità adeguate e gli strumenti necessari per gestirle, rappresentano un aspetto molto rilevante per l'organizzazione dei servizi.

I requisiti di carattere generale cui devono attenersi i soggetti titolari delle strutture oggetto del presente regolamento sono :

il personale con rapporto di dipendenza deve garantire la continuità delle prestazioni, la gestione delle situazioni a rischio ed il regolare svolgimento dei diversi compiti di assistenza previsti, con l'adozione di un documento che riporta:

- 1) il fabbisogno del personale a rapporto di dipendenza definito sulla base dei volumi, delle tipologie delle attività e di quanto previsto nell'ambito dei requisiti specifici contenuti negli articoli seguenti del presente regolamento, per ciascuna tipologia di attività;
- 2) la dotazione del personale a rapporto di dipendenza in servizio suddiviso per ruolo, profilo professionale e posizione funzionale, nonché la dotazione di personale in servizio con altra tipologia di rapporto di lavoro;
- 3) il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale impiegato;
- 4) il possesso da parte del personale sanitario a rapporto di dipendenza - medico, psicologo, infermieristico, tecnico della riabilitazione e socio-sanitario dei requisiti di accesso che devono risultare identici a quelli richiesti per l'accesso al SSN;

5) la corretta applicazione, nei confronti del personale, dei contratti collettivi nazionali di lavoro di categoria.

La programmazione dell'eventuale avvicendamento del personale deve essere tale da assicurare la continuità relazionale e la presenza di referenti per singoli pazienti.

8.1.7. Controllo del sistema per misurazioni

Procedure per il controllo e adeguamento del sistema di misurazione del servizio sono previste per provare validità e affidabilità di tutte le misure incluse inchieste e questionari di soddisfazione dell'utente.

La struttura prevede punti di misura e frequenze di misurazione per la rappresentazione dell'andamento nel tempo e stabilisce le responsabilità della misurazione.

Sono redatte procedure o istruzioni sui dati da raccogliere, indicando come, dove e da chi sono rilevati e quale modulistica è utilizzata per la registrazione.

8.1.8. Miglioramento della qualità

La qualità è una caratteristica essenziale ed indispensabile dell'assistenza sanitaria, un diritto di ogni paziente e di ogni comunità, un obiettivo prioritario, specialmente in situazioni di risorse limitate e restrizioni economiche.

Il fine prioritario della politica sanitaria della Regione Puglia è la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, in termini di equità, d'accesso, umanizzazione delle cure, gestione del rischio clinico, qualità della vita, soddisfazione dell'utente e uso appropriato delle risorse, anche sulla base di rapporti costi-efficacia.

Una valutazione sistematica e rigorosa dell'assistenza è legittima per verificare se le risorse sono utilizzate in maniera appropriata e fornire la migliore qualità possibile dell'assistenza sanitaria.

I soggetti pubblici e privati hanno la responsabilità di garantire e migliorare sistematicamente la buona qualità dell'assistenza fornita ai pazienti, attraverso adeguate politiche di miglioramento. Le attività di miglioramento continuo della qualità sono definite come "insieme di attività e di misurazioni integrate e progettate ai vari livelli nell'organizzazione sanitaria, che tende a garantire ed a migliorare di continuo la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti". Queste azioni riguardano l'insieme del processo assistenziale, dall'identificazione del bisogno sanitario agli esiti delle cure prestate. Il miglioramento della qualità è considerato un processo continuo attraverso il quale gli aspetti importanti dell'assistenza sono monitorati e migliorati se necessario e le novità selezionate continuamente. Per garantire e migliorare l'assistenza sanitaria è necessario valutare di continuo se l'assistenza al paziente risponde a criteri di qualità, per mantenere una buona qualità laddove esiste, identificando attraverso il confronto fra produttori, le buone pratiche ed applicando nella pratica i risultati della ricerca clinica e la valutazione delle tecnologie, attraverso linee guida e raccomandazioni basate sull'evidenza.

Gli aspetti della struttura, dei processi e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) sono valutati e migliorati se necessario. Le opinioni dei soggetti coinvolti, operatori sanitari, pazienti, finanziatori, autorità, sulla buona qualità dell'assistenza sanitaria sono incluse nelle attività di valutazione e miglioramento della qualità.

La valutazione delle tecnologie è strumento per la misurazione dell'efficacia dei metodi dell'assistenza sanitaria. Oggetto di valutazione sono sia i metodi nuovi, sia quelli conosciuti da tempo e stabilizzati di prevenzione, diagnosi e terapia.

La valutazione interna, il miglioramento ed il mantenimento della buona qualità si completano con la valutazione esterna, che deve essere parallela e di supporto alla valutazione interna ed al miglioramento.

Nel creare le condizioni per il miglioramento della qualità del servizio, occorre:

- a) incoraggiare e sostenere uno stile direzionale che sia d'aiuto;
- b) promuovere i valori, gli atteggiamenti ed i comportamenti che incoraggiano il miglioramento;
- c) definire chiari traguardi per il miglioramento della qualità;
- d) incoraggiare una comunicazione efficace e il lavoro di gruppo;
- e) riconoscere i successi ed i risultati ottenuti;
- f) formare ed addestrare per il miglioramento.

Attraverso la pianificazione e il coinvolgimento del personale operativo si persegue il miglioramento con l'identificazione e la segnalazione di servizi o di situazioni diverse dal pianificato di modo che diventino dovere e responsabilità d'ogni membro della struttura.

La struttura attua azioni preventive per l'eliminazione o la riduzione della ricorrenza del problema.

Le condizioni necessarie per attivare il miglioramento della qualità richiedono valori, atteggiamenti nuovi, comportamenti condivisi, che si estrinsecano in:

- a) focalizzazione sul soddisfacimento dei bisogni degli utenti, sia interni che esterni;
- b) coinvolgimento di tutte le articolazioni organizzative della struttura nel miglioramento della qualità;
- c) dimostrazione dell'impegno, ruolo guida e coinvolgimento della direzione;
- d) enfattizzazione sul miglioramento come parte del lavoro di ognuno, in gruppo o individuale;
- e) facilitazione alla comunicazione aperta e all'accesso a dati ed informazioni;
- f) promozione del lavoro di gruppo e del rispetto per l'individuo;
- g) assunzione delle decisioni sulla base dell'analisi dei dati.

Le attività di miglioramento della qualità del servizio sono mirate al conseguimento di miglioramenti nel breve e lungo termine e comprendono:

- a) l'identificazione dei dati pertinenti da raccogliere;
- b) l'analisi dei dati, dando priorità a quelle attività aventi il maggior impatto negativo sulla qualità del servizio;
- c) le informazioni di ritorno, sui risultati delle analisi verso la direzione della struttura con raccomandazioni per il miglioramento immediato del servizio.

8.1.9. Obiettivi del miglioramento

Gli obiettivi del miglioramento sono specificati per ogni articolazione organizzativa, e sono strettamente integrati con gli obiettivi generali definiti dalla direzione della struttura, tenendo conto della soddisfazione dell'utente e dell'efficacia ed efficienza dei processi.

Gli obiettivi del miglioramento sono:

- a) misurabili nella realizzazione;
- b) assoggettati a scadenza;
- c) chiaramente comprensibili;
- d) pertinenti.

Le strategie per raggiungere gli obiettivi di cui sopra sono compresi e concordati da coloro che lavorano insieme per raggiungerli, oltre che riveduti e rispondenti i cambiamenti d'aspettativa dell'utenza.

I responsabili dei piani di miglioramento predispongono una metodologia di lavoro, mirata all'efficienza e all'efficacia del complesso di attività di servizio delle strutture.

I responsabili stimolano la partecipazione del personale ad ogni livello attraverso suggerimenti, attività e programmi di miglioramento continuo tecnico, organizzativo con riduzione dei costi. Ogni risorsa umana delle varie articolazioni operative, se coinvolta, può presentare proposte valide, frutto dell'esperienza diretta.

8.1.10. Metodologia di raccolta suggerimenti utenti

La valutazione dell'utente è la misura finale della qualità di un servizio, essa può essere immediata, ritardata o retrospettiva e spesso è l'unico elemento di giudizio di un utente sul servizio ricevuto.

La struttura effettua valutazioni e misurazioni continue della soddisfazione dell'utente, focalizzando su quanto i requisiti del servizio (comprese le modalità di erogazione) soddisfano le esigenze dell'utenza. A tal fine la struttura predispone, almeno una volta l'anno, una raccolta (questionari, sondaggi, indagini) sul grado di soddisfazione degli utenti per tenerne conto in sede di pianificazione dei programmi per il miglioramento del servizio.

8.1.11. Metodologie di confronto con comitati od associazioni

Il miglioramento della qualità prevede programmi dedicati a raccogliere dati, suggerimenti ed idee innovative da realtà esterne e rappresentative del collettivo dell'utenza, quali organismi di rappresentanza e di volontariato.

8.2 OBIETTIVO 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI

8.2.1. La carta dei servizi

I soggetti erogatori di servizi sanitari revisionano e pubblicizzano, in conformità al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 2005, la carta dei servizi che costituisce un obbligo di legge ed offre alla organizzazione l'opportunità di rivedere e gestire i propri processi in efficienza, focalizzandoli sulla soddisfazione dell'utente, partendo dalla definizione degli impegni circa il servizio da erogare.

La carta è redatta con la consultazione delle categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative del collettivo dell'utenza. Del processo di consultazione deve esistere documentazione scritta al fine di preservare l'evidenza del contributo di ognuno.

La carta dei servizi sanitari è il patto tra le strutture del SSN ed i cittadini, secondo i seguenti principi informativi:

- a) imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi;
- b) piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;
- c) definizione di standard e assunzione di impegni da parte dell'amministrazione locale rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
- d) organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei diritti dei cittadini;
- e) ascolto delle opinioni e dei giudizi, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità e strumenti di partecipazione e coinvolgimento.

8.2.2. Struttura della carta dei servizi

La carta dei servizi recepisce gli obiettivi di qualità espressi dalla struttura e riporta in modo chiaro e comprensibile:

- a) informazioni sulla struttura e servizi forniti;
- b) standard di qualità, impegni e programmi;
- c) meccanismi di tutela e verifica.

8.2.3. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

La struttura, tenuto conto della normativa regionale e delle disposizioni del presente regolamento in tema di criteri di eleggibilità e presa in carico dei pazienti, deve:

- a) Formalizzare i protocolli per l'eleggibilità dei pazienti;
- b) Adottare e formalizzare protocolli, linee guida e procedure per la gestione del percorso assistenziale del paziente nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intrastrutturali);
- c) Definire la responsabilità per la presa in carico e per la gestione del paziente;
- d) Prevedere la tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione;
- e) Gestire il trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura;
- f) Verificare la conoscenza e l'applicazione dei protocolli e delle procedure da parte del personale ed il loro miglioramento se necessario.

8.2.4. Continuità assistenziale

L'organizzazione della struttura deve progettare ed implementare i processi di continuità per coordinare l'assistenza dei singoli pazienti tra le varie articolazioni organizzative. La definizione delle responsabilità e delle modalità per il passaggio in cura contribuisce a migliorare la continuità, il coordinamento, la soddisfazione del paziente, la qualità e potenzialmente anche gli esiti. A tal fine la struttura deve:

- a) Identificare per tutto il periodo di degenza un responsabile della cura del paziente;
- b) Formalizzare e mettere in atto protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up);
- c) adottare i processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure;
- d) definire i collegamenti funzionali tra le varie articolazioni interne e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza;
- e) adottare modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione;
- f) adottare e diffondere le procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti.

8.2.5. Gestione della documentazione

La documentazione, che descrive il sistema gestionale e operativo, rappresenta l'evidenza oggettiva della struttura organizzativa e tecnica; aderisce alla sua realtà operativa, e per seguirne l'evolversi, è organizzata in maniera flessibile con gerarchia di contenuti ed articolata in differenti livelli, che individuano i rispettivi destinatari e le modalità di distribuzione.

8.2.6. Struttura della documentazione

La documentazione contiene i dati necessari al riscontro oggettivo delle attività svolte al fine di raccogliere ed elaborare gli stessi al fine di fornire informazioni relativamente al:

- a) grado di conseguimento degli obiettivi generali e degli obiettivi specifici;
- b) livello di soddisfazione degli utenti circa la qualità del servizio;
- c) risultato di verifica delle attività;
- d) risultato dei piani di miglioramento;
- e) analisi per l'individuazione delle tendenze di qualità;
- f) azione correttiva e la sua efficacia;

- g) idoneità delle prestazioni dei fornitori;
- h) addestramento e competenza del personale;
- i) confronto con dati nazionali di riferimento.

8.2.7. Controllo della documentazione

La documentazione che dispone prescrizioni generali e specifiche per l'erogazione del servizio deve essere leggibile, datata (includere le date di revisione), chiara ed identificabile. In funzione della tipologia di documento, sono fissati metodi per controllare l'emissione, la distribuzione e la revisione.

I metodi di cui sopra assicurano che i documenti siano:

- a) approvati dal personale autorizzato;
- b) emessi e resi disponibili nelle aree dove l'informazione è necessaria;
- c) compresi e accettati da parte di coloro che devono utilizzarli;
- d) facilmente rintracciabili;
- e) esaminati per ogni necessaria revisione;
- f) ritirati o distrutti quando superati.

8.2.8. Approvazione ed emissione dei documenti

I documenti e i dati, prima dell'emissione, sono verificati e approvati da personale autorizzato ai fini della loro adeguatezza.

Un elenco generale, preparato e reso disponibile, o altra equivalente forma di controllo, indica lo stato di revisione dei documenti in vigore per impedire l'utilizzo di quelli non più validi o superati.

Il sistema di controllo, di cui sopra assicura che:

- a) siano disponibili i documenti necessari in tutti i luoghi ove si svolgono le attività essenziali per garantire la qualità del servizio;
- b) siano prontamente rimossi da tutti i centri di emissione o di utilizzazione documenti non validi ovvero superati, per evitare un loro uso indesiderato;
- c) siano identificati i documenti superati e conservati per motivi legali e di conservazione delle conoscenze.

8.2.9. Distribuzione dei documenti modificati

La distribuzione dei documenti modificati è curata dalla funzione che li ha emessi e sottoposti a modifica, ovvero dal responsabile incaricato dell'archiviazione e gestione; la stessa funzione garantisce l'eliminazione dei documenti superati.

La distribuzione da parte dell'emittente può arrivare fino al trasferimento della documentazione ai responsabili di altre funzioni, i quali provvedono alla distribuzione interna, garantendone l'attribuzione di responsabilità e la rintracciabilità.

8.2.10. Gestione del dato

Il sistema di gestione del dato è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito al fine di:

- a) sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi della struttura;
- b) fornire il ritorno informativo alle articolazioni organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza;
- c) rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovraordinati.

I dati di origine generati dallo svolgimento delle attività sono definiti e coerenti con gli obiettivi della struttura, per garantire che le informazioni generate siano oggettive ed attendibili.

La struttura della gestione del dato è dotata di un sistema informativo per la corretta gestione dei documenti che dispone prescrizioni generali e specifiche allo svolgimento delle attività finalizzate all'erogazione del servizio.

A tale scopo, la direzione assicura:

- a) l'individuazione dei bisogni informativi della organizzazione;
- b) la struttura del sistema informativo (e cioè la sua identificazione e la sua articolazione);
- c) la diffusione della documentazione presso le funzioni interessate;
- d) le modalità di raccolta dei dati relativi alle attività svolte;
- e) la valutazione della qualità del dato (riproducibilità, accuratezza, completezza);
- f) la diffusione ed utilizzo delle informazioni generate dall'elaborazione dei dati.

E' individuato un referente del sistema informativo, responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.

8.2.11. Registrazione dei dati

La struttura predispone procedure che individuano modalità di registrazione dei dati per dimostrare il conseguimento della qualità richiesta e l'efficacia del sistema qualità, contribuendo alla crescita di un tangibile patrimonio di conoscenze.

8.2.12. Motivazione delle registrazioni

La struttura produce e conserva i documenti per dimostrare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e valutare l'opportunità di attuare interventi di vario tipo, quali in particolare:

- a) modifiche alle modalità di erogazione del servizio;
- b) programmi di miglioramento;
- c) sperimentazioni;
- d) nuovi progetti;
- e) interventi sui costi.

I dati raccolti sono utilizzati in modo proficuo se sono soddisfatte alcune condizioni, come quelle elencate di seguito:

- a) essere conosciuti;
- b) essere ordinati, accessibili, organizzati;
- c) essere leggibili ed interpretabili con facilità;
- d) essere supportati dalle descrizioni atte a chiarire su quali basi sono stati prodotti ed entro quali limiti mantengono la loro significatività.

8.2.13. Conservazione dei documenti

I documenti di registrazione dei dati e le informazioni generate dalla loro elaborazione sono conservati in condizioni ambientali e di ordine per evitare possibili danneggiamenti e permetterne la rintracciabilità.

E' stabilito il tempo di conservazione per il quale occorre tener presente i seguenti aspetti:

- a) necessità di consultazione;
- b) rispetto delle disposizioni vigenti.

Sono adottate opportune procedure di accesso, protezione dei dati e conservazione nel caso di utilizzo di supporti informatici (archivi elettronici).

Per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari si rinvia alle disposizioni vigenti in materia di "privacy".

8.2.14. Verifica dei risultati

La direzione della struttura è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitano e consentono la promozione e il supporto ad attività valutative.

La direzione della struttura assegna responsabilità specifiche di controllo periodico delle attività al fine di assicurare la continua adeguatezza ed efficacia per il conseguimento degli obiettivi generali e specifici.

Il personale che attua il processo di erogazione del servizio è investito di responsabilità delle seguenti valutazioni sistematiche:

- a) aderenza alle specifiche di realizzazione del servizio;
- b) controllo continuo che le specifiche di servizio siano soddisfatte;
- c) aggiustamento del processo al verificarsi di deviazioni.

8.2.15. Valutazione dei risultati e del servizio da parte dell'organizzazione

La valutazione dei risultati e del servizio da parte della direzione si svolge su dati oggettivi, in collaborazione con tutti gli operatori, e si sviluppa al livello delle articolazioni organizzative utilizzando personale interno preparato allo scopo.

La valutazione di cui sopra verifica:

- a) il grado di conoscenza e condivisione del personale delle modalità operative pianificate e dei criteri di registrazione dei dati generati dallo svolgimento delle attività;
- b) il grado di applicazione e applicabilità delle modalità operative pianificate al fine di valutare l'adeguatezza delle risorse umane (professionalità e numero) e materiali (idoneità e disponibilità all'uso) messe a disposizione della struttura;
- c) il grado di adeguatezza dei processi operativi per garantire sia il livello qualitativo delle prestazioni dei servizi, sia il raggiungimento degli obiettivi specifici programmati.

I professionisti sono particolarmente coinvolti ed incoraggiati all'utilizzo di specifiche tecniche per i processi in esame.

Momenti di verifica formali tra i componenti dell'equipe, riunioni di gruppo periodiche, attività interprofessionali di miglioramento della qualità ed audit clinici possono essere previsti per i professionisti sanitari.

8.2.16. Criteri di registrazione dei dati

La valutazione dei risultati della struttura è continua e svolta su dati oggettivi per individuare e perseguire azioni di miglioramento.

I criteri di registrazione dei dati per l'analisi riguardano:

- a) le attività rilevanti di ogni servizio che hanno influenza sulla efficacia dell'organizzazione;
- b) le caratteristiche delle attività che devono essere misurate e controllate per assicurare la qualità del servizio (indicatori);
- c) i metodi di valutazione delle caratteristiche scelte a riferimento;
- d) i mezzi per controllare le caratteristiche al fine di mantenerle entro i limiti stabiliti (standard).

I criteri di registrazione dei dati consentono un efficace controllo dei processi di servizio della struttura assicurando che il servizio erogato risponde a quello atteso dall'utente e dalla struttura.

OBIETTIVO 3 - ASPETTI STRUTTURALI

8.3.1. Idoneità all'uso della struttura

L'organizzazione sanitaria deve essere in grado di offrire ai propri pazienti, ai loro familiari, al personale e ai visitatori una struttura sicura. Per raggiungere quest'obiettivo è necessaria una gestione della struttura, degli impianti volta a ridurre, controllare, prevenire i rischi e i pericoli e mantenere condizioni di sicurezza.

Pertanto, l'organizzazione, indipendentemente dalle dimensioni e dalle risorse proprie di ciascuna, è tenuta ad osservare la legislazione, la normativa e ogni altro requisito cogente applicabile che determinano il modo in cui una struttura è progettata e mantenuta in efficienza. La Direzione deve conoscere la legislazione, la normativa e i requisiti applicabili e inserire a bilancio, pianificare e implementare tutte le attività volte a soddisfare i requisiti di legge.

A tal fine la struttura deve:

- a) pianificare e inserire a bilancio il potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;
- b) Prevedere la presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture;
- c) Prevedere la presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, *audit* ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza);
- d) Predisporre piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale;
- e) Prevedere la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.

8.3.2. Gestione delle attrezzature

Le attrezzature che sviluppano i processi di erogazione dei servizi hanno impatto sul livello qualitativo ottenuto per cui la loro corretta gestione è fondamentale ai fini dell'oggettiva credibilità dei valori risultanti dal loro utilizzo.

La gestione delle attrezzature, dalla definizione dei bisogni di acquisto alla loro alienazione, è caratterizzata da una interfunzionalità. Compito della direzione della struttura è definire, in fase di pianificazione, le responsabilità delegate alle varie articolazioni organizzative.

L'insieme di tutti i beni che concorrono in maniera diretta o indiretta alla qualità delle prestazioni sanitarie è definita attrezzatura. Le regole generali di gestione, di seguito riportate, si riferiscono in particolare alle attrezzature biomediche che sono di particolare criticità nel processo di erogazione.

Sono promosse, per l'acquisizione e gestione delle attrezzature biomediche, attività interdisciplinari di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia ed agli aspetti etici.

8.3.3. Programmazione degli acquisti di attrezzature

L'acquisizione delle attrezzature è pianificata in modo documentato da assicurare le prestazioni previste dal piano di attività in coerenza con gli obiettivi del piano medesimo.

Un programma di acquisto delle attrezzature in generale e, in particolare, delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici è previsto al fine di tenere conto:

- a) dell'evoluzione delle tipologie dei servizi;
- b) dell'obsolescenza;
- c) dell'adeguamento alle norme tecniche;
- d) della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

8.3.4. Inventario delle attrezzature

La direzione della struttura adotta un inventario delle attrezzature biomediche in dotazione, di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico per:

- a) soddisfare gli obblighi di legge;
- b) disporre di dati riassuntivi;
- c) permettere la rintracciabilità delle attrezzature biomediche;
- d) fare le analisi per stabilire dei criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici, tenendo conto dell'obsolescenza del parco macchine e delle singole tipologie di apparecchiature biomediche.

Le informazioni raccolte e rese disponibili sia in forma aggregata per l'intero parco macchine, sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzatura, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione: acquisto, noleggio, leasing, donazione, in service.

Le apparecchiature temporaneamente disattivate sono immagazzinate, protette, verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire che i requisiti di precisione, accuratezza e validità, siano soddisfatti al momento del riutilizzo.

8.3.5. Manutenzione

L'assicurazione della manutenzione è fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi specifici della struttura riguardo ai volumi ed al livello qualitativo delle prestazioni in quanto garantisce la efficienza ed efficacia delle apparecchiature biomediche in uso.

La manutenzione è garantita da apposito personale tecnico - professionale sia interno che esterno.

Il piano per la manutenzione delle apparecchiature biomediche tiene conto delle:

- a) indicazioni relative alla sicurezza in uso;
- b) necessità di manutenzione mediante le indicazioni contenute nei manuali di servizi;
- c) indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità.

Il piano di manutenzione generale è articolato sulla base delle criticità dell'apparecchiatura biomedica per il risultato essenziale, distinguendo fra manutenzione correttiva, preventiva e controlli periodici di sicurezza e funzionalità. Il piano di manutenzione che tende a garantire i necessari standards qualitativi delle prestazioni fornite e di sicurezza, deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore.

E' importante che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo dello strumento e conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione per la sua attività.

8.3.6. Manutenzione preventiva e controlli di funzionalità e sicurezza

Il piano di manutenzione prevede, se richiesto dalla tipologia delle attrezzature, le attività relative alla

manutenzione preventiva e ai controlli di funzionalità e sicurezza delle attrezzature al fine di garantire la loro idoneità all'uso.

Il piano di manutenzione per le apparecchiature biomediche deve:

- a) identificare tutte le apparecchiature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati riconosciuti nazionali. In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;
- b) definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- c) definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- d) identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;
- e) conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche;
- f) assicurare che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo;
- g) assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;
- h) evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicarne il controllo funzionale e di sicurezza.

8.3.7. Archivio manutenzioni eseguite

Gli interventi di manutenzione correttiva e preventiva, compresi i controlli di funzionalità e sicurezza sulle apparecchiature biomediche in dotazione, devono essere documentati. Per ogni apparecchiatura biomedica esiste una documentazione cartacea o preferibilmente elettronica, che riporta i dati significativi per ogni intervento di manutenzione eseguito.

OBIETTIVO 4 - COMPETENZE DEL PERSONALE

8.4.1. Formazione

Le risorse umane sono fondamentali per la guida della organizzazione e la sua corretta gestione; è necessario che le modalità di inserimento, di addestramento, di formazione e aggiornamento siano tenute in considerazione per il personale ai vari livelli della struttura.

La direzione della struttura adotta un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile e normalizza le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

8.4.2. Inserimento, affiancamento, addestramento

I criteri di valutazione possono essere individuati per consentire la copertura di un determinato ruolo sia al personale di nuova acquisizione, sia a quello da destinare a nuove mansioni.

Le necessità di addestramento sono programmate tenendo presente:

- a) i tempi necessari al raggiungimento dei requisiti e delle abilità richieste;
- b) il turn over del personale;
- c) la numerosità dello stesso.

La struttura organizzativa identifica le esigenze di affiancamento e di addestramento del personale e predispone attive procedure documentate per gestirle.

L'addestramento che riguarda procedure e capacità tecniche onseguite per eseguire i compiti assegnati e l'utilizzo degli strumenti, attrezzature e dispositivi in dotazione è dimostrabile attraverso archivi nominativi.

8.4.3. Formazione e aggiornamento

La formazione continua rappresenta uno strumento di cambiamento e di sviluppo del servizio erogato.

La direzione della struttura assume o assegna la responsabilità di coordinamento delle attività di formazione e di aggiornamento, le cui funzioni sono:

- a) individuare le esigenze formative;
- b) determinare gli strumenti e le risorse per far fronte a tali esigenze;
- c) prefissare le priorità di intervento formativo sulla base del budget disponibile e delle linee strategiche della direzione;
- d) selezionare i criteri per il personale da aggiornare e formare;
- e) specificare gli indicatori, per misurare l'efficacia (impatto) degli interventi formativi;
- f) pianificare sia le attività sulla base delle esigenze formative richieste dal Programma Nazionale per la Formazione Continua -ECM-, sia quelle volte alla valutazione dell'efficacia degli interventi formativi.

La formazione della relazione interpersonale per i professionisti che sono in diretto contatto col paziente è curata con particolare attenzione.

Le esigenze di aggiornamento interno ed esterno volte allo sviluppo professionale dell'individuo sono valutate in maniera trasparente sulla base delle strategie della struttura - mission, vision, obiettivi generali e specifici.

La struttura prevede metodi (relazioni, meeting settimanali, incontri mensili, pubblicazioni) volti a garantire che le conoscenze maturate all'esterno vengano condivise con tutto il personale interessato; individua e rende noti e agibili punti di raccolta delle informazioni- riviste, archivi, pubblicazioni, relazioni - necessarie all'aggiornamento professionale del personale, valuta annualmente i risultati complessivi di soddisfazione e di impatto dell'attività formativa.

Il personale sanitario operante presso la struttura consegue, ogni anno, i crediti formativi previsti dal Programma Nazionale per la Formazione Continua - ECM -.

La struttura predispone la programmazione e le specifiche procedure che prevedono:

- a) la facilitazione all'inserimento delle risorse di nuova acquisizione o assegnate a nuove mansioni mediante la fornitura delle informazioni necessarie;
- b) l'affiancamento a personale esperto al fine di armonizzare i tempi necessari a rendere pienamente operative le nuove risorse dal punto di vista tecnico, gestionale, di servizio;
- c) l'addestramento di tutto il personale interessato per abilitarlo a gestire sistemi, apparecchiature ed attrezzature sia in uso che di nuova introduzione;
- d) la formazione e l'aggiornamento secondo le necessità riconosciute di sviluppo personale e del servizio.

OBIETTIVO 5 - COMUNICAZIONE

8.5.1. Comunicazione

Per dare trasparenza alla propria politica e alle caratteristiche del servizio erogato, la struttura deve munirsi

di strumenti idonei a garantire una corretta e sistematica comunicazione all'interno e all'esterno della organizzazione.

La struttura deve assicurare la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio avendo cura di verificare la chiarezza, la comprensibilità e la accessibilità delle informazioni in rapporto alla tipologia dell'utilizzatore-cittadini, istituzioni, associazioni. Nella comunicazione con gli utenti deve essere posta anche grande attenzione al recepimento delle loro esigenze. A tal fine, la direzione predispone materiale informativo in forma sintetica a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari ed eventuali costi per servizi aggiuntivi. Le caratteristiche del servizio devono essere diffuse tramite ogni soggetto attivo della struttura, sia come singolo, sia organizzato in gruppi.

Alle Associazioni dei familiari maggiormente rappresentative in rapporto a ciascun ente erogatore è riconosciuto il diritto di informazione e di accesso agli atti che riguardino la pluralità dei pazienti e le loro esigenze diffuse. L'esercizio è finalizzato alla maggior tutela dei soggetti disabili e dei soggetti sui quali gravano obblighi di vigilanza e assistenza in virtù di rapporti familiari e/o di parentela, di tutela, curatela, amministrazione di sostegno e/o a qualsivoglia altro titolo assimilabile. A tal fine l'ente erogatore provvederà a consentire effettivo accesso ed informazione, nel rispetto delle norme sulla riservatezza e sul trattamento dei dati.

La comunicazione deve essere efficace per informare su:

- a) tipologia, disponibilità e realizzazione del percorso assistenziale;
- b) oneri a carico del paziente per servizi aggiuntivi;
- c) relazioni fra servizio atteso, servizio percepito ed oneri sostenuti dal paziente;
- d) possibilità da parte del paziente di contribuire a migliorare la qualità del servizio.

In particolare la persona o il tutore deve essere informata sulla malattia, sulle disabilità ad essa correlate, sulle possibili evenienze della fase successiva al percorso assistenziale e amministrativo, in modo che sia in grado di gestire tale fase. L'informazione alla persona deve essere garantita con:

- a) criteri espliciti di erogazione delle prestazioni;
- b) informazione alla persona e ai famigliari sulla codifica di gravità assegnata;
- c) identificazione di un operatore referente;
- d) indicazione dei tempi e luoghi per effettuare l'informazione.

Se necessario, la struttura deve prevedere il coinvolgimento degli utenti nel percorso clinico e la partecipazione alla definizione del percorso assistenziale.

8.5.2. Comunicazione interna

La comunicazione interna garantisce che i principi, gli obiettivi che si prefigge e quanto la struttura pianifica per raggiungerli, siano condivisi, per il coinvolgimento, la motivazione e l'aumento del senso di appartenenza degli operatori.

La direzione istituisce specifiche figure di riferimento, in modo che il personale svolga correttamente e con alto grado di motivazione le attività assegnate per:

- a) assicurare che siano compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità;
- b) curare che ciascuno sia consapevole di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito all'utente;
- c) verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza (validità e affidabilità) nella misurazione;

- d) accertare periodicamente la motivazione del personale nel provvedere alla qualità del servizio (questionari, reclami, suggerimenti);
- e) evidenziare al personale il grado di raggiungimento degli obiettivi di qualità;
- f) raccogliere suggerimenti, favorire opportunità di incontro per analizzare le criticità e proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza ed efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;
- g) verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza a tutto il personale.

La comunicazione all'interno della struttura prevede momenti di coordinamento e di integrazione per la predisposizione di un ambiente di lavoro, che migliori i rapporti di collaborazione e cooperazione per la soluzione dei problemi.

I metodi di comunicazione possono comprendere:

- a) incontri informativi della direzione;
- b) riunioni per scambi di informazioni;
- c) informazioni documentate;
- d) mezzi informatici.

OBIETTIVO 6 – APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

8.6.1. Approccio alla pratica clinica secondo evidenze

Un'organizzazione deve essere in grado di fornire interventi efficaci nel rispetto delle preferenze individuali e dei valori culturali e sociali di ogni paziente. Sono disponibili *in* letteratura evidenze che possono guidare le organizzazioni nell'implementare strategie e metodi che possono essere utilizzati per fornire cure e servizi appropriati ed efficaci. Le linee guida ed i protocolli adottati dagli operatori devono essere utilizzati in relazione alle specifiche condizioni organizzative della propria realtà operativa. Ogni struttura organizzativa ne predispone una raccolta ed il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili. Le organizzazioni devono garantire inoltre che i professionisti sanitari valutino le evidenze disponibili nei processi di definizione dei percorsi assistenziali e attivino percorsi di miglioramento laddove necessario. Le strutture devono effettuare una valutazione sistematica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni evidenziandone gli scostamenti rispetto alle evidenze disponibili e identificando gli ambiti di miglioramento.

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- a) la presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della *evidence based medicine*;
- b) l'accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida;
- c) l'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili;
- d) il coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati;
- e) la valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessario.

8.6.2. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi

Per gestione della sicurezza s'intende l'applicazione e lo sviluppo di strutture e processi che, sulla base delle evidenze scientifiche, siano in grado di prevenire e ridurre i rischi all'interno di una struttura.

La sicurezza in un'organizzazione sanitaria è pertanto la gestione integrata del rischio ambientale, del rischio operatore e del rischio paziente:

- Rischio occupazionale: riguarda gli operatori, sanitari e non, nello svolgimento della loro attività lavorativa. Questi rischi sono generalmente classificati in rischio fisico, chimico e biologico;
- Rischio "non clinico": sono problemi di sicurezza. In generale, ad esempio eventi catastrofici, rischi finanziari;
- Rischio clinico: riguarda i pazienti, fa riferimento alla possibilità per gli stessi di essere danneggiati in relazione al trattamento sanitario.

I tre tipi di rischio sono tra loro strettamente connessi, pertanto è necessario prevedere una gestione integrata dei tre livelli di rischio; ciò implica da un lato la conoscenza dei fattori di rischio comuni e dall'altro l'adozione di strumenti di analisi, gestione e monitoraggio e di strategie integrate.

L'organizzazione deve elaborare un piano per la qualità e sicurezza declinato nei tre ambiti sopra descritti ovvero un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione.

8.6.3. Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi.

Nei sistemi complessi è richiesto un elevato controllo dei rischi, dei processi e delle vulnerabilità che devono essere oggetto di una sistematica analisi e verifica e conseguentemente le organizzazioni devono adottare misure e strumenti atti a creare una diffusa cultura della sicurezza.

La gestione degli eventi avversi comprende: l'identificazione e segnalazione degli eventi avversi mediante un sistema strutturato, le analisi e le valutazioni per comprendere come e perché l'evento avverso è accaduto e per identificare eventuali misure preventive e l'implementazione di un piano di azione; una procedura per la comunicazione aperta e trasparente con i pazienti ed i loro familiari, forme di definizione stragiudiziale dei contenziosi.

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- a) l'esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di *near miss*, eventi avversi ed eventi sentinella;
- b) la partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;
- c) l'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (*Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit*) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (*Safety walkround*);
- d) la presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio;
- e) l'applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, *check-list* ed altri strumenti per la sicurezza;
- f) la definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;
- g) la presenza di un Piano di formazione;
- h) l'adozione di metodologie proattive per la valutazione dei rischi.

8.6.4. Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

Nei sistemi complessi è richiesto un elevato controllo dei rischi, dei processi e delle vulnerabilità che devono essere oggetto di una sistematica analisi e verifica e conseguentemente le organizzazioni devono adottare misure e strumenti atti a creare una diffusa cultura della sicurezza.

La promozione della cultura della sicurezza non deve essere solo una dichiarazione di intenti, ma deve

prevedere una strategia sistematica di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze specifiche che comprenda anche la valutazione delle competenze professionali, sia tecniche che non tecniche.

La sostanziale attuazione di politiche efficaci per la sicurezza richiede una preliminare analisi per conoscere le condizioni di partenza e quindi un piano per agire sugli specifici aspetti di miglioramento.

L'implementazione di ogni progetto di cambiamento deve essere accompagnato dal monitoraggio e dalla valutazione al fine di individuare le migliori esperienze e le: buone pratiche da mettere in disposizione e diffondere nel SSN.

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- a) lo sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività;
- b) la produzione e diffusione di buone pratiche;
- c) la garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi;
- d) la presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.

7 PROCESSI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE

8.7.1. Programmi e progetti di miglioramento

La struttura effettua annualmente al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria favorendo il coinvolgimento del personale, sulla base delle indicazioni contenute nel presente regolamento.

8.7.2. Mantenimento dei miglioramenti acquisiti

I miglioramenti raggiunti devono essere mantenuti mediante modifica delle procedure, istruzioni operative, addestramento, formazione e mediante verifica che tali modifiche siano parte integrante del lavoro di ciascun membro della struttura.

8.7.3. Continuità del miglioramento

Se il miglioramento desiderato è stato ottenuto, nuovi progetti o attività di miglioramento devono essere selezionati ed attuati. Ulteriori miglioramenti sono sempre possibili, con l'attuazione di nuovi progetti o attività di miglioramento sulla base di nuovi obiettivi. E' indispensabile fissare delle priorità e dei limiti temporali per ogni progetto ed inserirli in piani di attività della struttura.

La ragione del miglioramento deriva dalla necessità di fornire valore aggiunto e soddisfazione per gli utenti. Ogni membro della struttura deve acquisire la consapevolezza che è sempre possibile eseguire una attività in maniera più efficace ed efficiente riducendo sprechi di risorse.

Una maggiore efficacia ed efficienza è a vantaggio degli utenti, della struttura, dei suoi membri e della società in generale.

ART. 9

FABBISOGNO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

1. Il fabbisogno regionale delle strutture oggetto del presente regolamento è distinto in:
 - a) fabbisogno di posti letto/posti semiresidenziali che possono essere autorizzati all'esercizio:

b) fabbisogno di posti letto/posti semiresidenziali che possono essere anche accreditati.

Il rapporto tra i posti letto/posti semiresidenziali accreditabili e quelli autorizzabili all'esercizio è pari 1:1,3.

2. Ai fini dell'autorizzazione all'esercizio, il fabbisogno di posti letto in regime residenziale e di posti in regime semiresidenziale per soggetti non autosufficienti è stabilito in misura pari a:

- a) numero dei posti letto/posti accreditabili di cui al successivo articolo 10, comma 1 con l'aggiunta di:
 - i. trenta per cento (30%) di posti letto aggiuntivi di nuclei di mantenimento per soggetti non autosufficienti (anziani e soggetti affetti da demenza);
 - ii. trenta per cento (30%) di posti semiresidenziali aggiuntivi di nuclei di mantenimento per soggetti non autosufficienti

distribuiti su base distrettuale e tenendo conto dei distretti sociosanitari carenti o parzialmente carenti di posti.

3. In aggiunta rispetto ai parametri di cui al comma 2, sono fatti salvi i seguenti posti letto/posti semiresidenziali:

- a) posti letto/ posti semiresidenziali di RSA ex R.R. n. 3/2005 pubblici già autorizzati all'esercizio o già previsti in atti di programmazione sanitaria regionale;
- b) posti letto/posti semiresidenziali di RSA ex R.R. n. 3/2005 privati già autorizzati all'esercizio;
- c) posti letto/posti semiresidenziali di RSA ex R.R. n. 3/2005 privati per i quali è stato concesso parere di compatibilità e per i quali non sia decorso il termine biennale di validità ai sensi della ex L.R. n. 8/2004 e s.m.i.;
- d) i posti di RSA ex R.R. n. 3/2005 già assegnati con la deliberazione della Giunta regionale 18 novembre 2002, n. 1870 (Piano di riconversione dei Presidi ospedalieri di Bisceglie e Foggia di cui alla del. cons. reg. n. 380/1999 e successive modificazioni di cui alla del. giunta reg. 1087/2002 – Definizione dei rapporti con la congregazione religiosa "Casa della Divina provvidenza");
- e) i posti letto di RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
- f) i posti letto di RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e di Centri diurni ex art. 60-ter R.R. n. 4/2007 e s.m.i. realizzati dalle AASSLL, dai Comuni o dalle ASP o dai soggetti privati con il contributo dei fondi FESR, della Regione e/o dei Comuni e non ancora autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
- g) i posti letto di RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e di Centri diurni ex art. 60-ter R.R. n. 4/2007 e s.m.i. che hanno presentato istanza di autorizzazione alla realizzazione o alla ristrutturazione di strutture sanitarie e sociosanitarie con mezzi propri presentate dai privati alla data del 31/12/2017 che all'entrata in vigore del presente regolamento sono state autorizzate ovvero per le quali è decorso, senza diniego, il termine previsto dalla legge per il rilascio;
- h) i posti letto di RSAA ex art. 67 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., ai sensi dell'art. 7-bis della L.R. n. 53/2017 e s.m.i., per i quali sia stata presentata istanza di riqualificazione quali RSA di mantenimento;

ART. 10

FABBISOGNO PER L'ACCREDITAMENTO

1. Ai fini dell'accreditamento, il fabbisogno di posti letto in regime residenziale e di posti in regime

semiresidenziale per soggetti non autosufficienti è stabilito in misura pari a 8.380 equivalente a 20 p.l./10.000 abitanti così suddivisi:

RSA	RSA ESTENSIVA - NUCLEI PRESTAZIONI ESTENSIVE PER ANZIANI	R2	350 PL	0,85/10 MILA AB.
	RSA ESTENSIVA - NUCLEI PRESTAZIONI ESTENSIVE PER SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA	R2D	350 PL	0,85/10 MILA AB.
	RSA DI MANTENIMENTO - NUCLEI PRESTAZIONI MANTENIMENTO PER ANZIANI	R3	5644 PL	13,3/10 MILA AB.
	RSA ESTENSIVA - NUCLEI PRESTAZIONI MANTENIMENTO PER SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA	R3	800 PL	2/10 MILA AB.
CENTRO DIURNO NON AUTOSUFFICIENTI	NUCLEI PRESTAZIONI MANTENIMENTO PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI	SR - SRD	1236 POSTI	3/10 MILA AB.

2. Il fabbisogno regionale di cui al comma 1 è rapportato su base territoriale provinciale (popolazione residente – dati ISTAT 2015).
3. Nell’ambito del fabbisogno di RSA di cui al comma 1 rientrano:
 - a) i posti letto di RSA pubbliche e private già autorizzate all’esercizio ed accreditate ai sensi del R.R. n. 3/2005 alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
 - b) i posti letto di RSA pubbliche e private già autorizzate all’esercizio ai sensi del R.R. n. 3/2005 alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
 - c) i posti letto di RSA pubbliche e private per i quali è stato concesso parere di compatibilità e per i quali lo stesso non sia decaduto alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
 - d) i posti letto di RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento, nel limite massimo dei posti letto contrattualizzati;
 - e) i posti letto di RSA pubblici e di RSSA pubblici previsti in atti di programmazione regionale;
 - f) i posti letto di RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. di Aziende Pubbliche per i servizi alle persona (ASP) ai sensi dell’art. 62 della L.R. n. 67/2017

fatti salvi i seguenti posti letto:

- i. posti letto di RSA ex R.R. n. 3/2005 già assegnati con la deliberazione della Giunta regionale 18 novembre 2002, n. 1870 (Piano di riconversione dei Presidi ospedalieri di Bisceglie e Foggia di cui alla del. cons. reg. n. 380/1999 e successive modificazioni di cui alla del. giunta reg. 1087/2002 – Definizione dei rapporti con la congregazione religiosa “Casa della Divina provvidenza”;
- ii. posti letto di RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale con la ASL che alla data di entrata in vigore del presente regolamento sono occupati da a) pazienti provenienti dagli Istituti Ortofrenici e dalle stutture manicomiali e b) soggetti psichiatrici stabilizzati con età superiore ai 64 anni inviati dal Dipartimento di Salute Mentale.

Tutti i posti di cui al presente comma saranno oggetto di riconversione nei nuclei di assistenza di tipo estensivo e di mantenimento per anziani e soggetti affetti da demenza previsti dal presente regolamento, ai sensi del successivo art.12.

4. I posti letto, di cui al fabbisogno del comma 1 del presente articolo, di RSA estensiva - nuclei di prestazioni estensive per anziani e nuclei di prestazioni estensive per soggetti affetti da demenza sono così distribuiti:

- a) il 50% dei posti letto sono attribuiti alle RSA pubbliche e private già autorizzate all'esercizio ed accreditate ai sensi del R.R. n. 3/2005 alla data di entrata in vigore del presente regolamento mediante riconversione del corrispondente numero di posti già autorizzati ed accreditati, ai sensi del successivo art.12;
- b) il 50% dei posti letto sono attribuiti alle RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento mediante riconversione del corrispondente numero di posti già autorizzati al funzionamento, ai sensi del successivo art.12.

I posti di RSA di cui alla deliberazione della Giunta regionale 18 novembre 2002, n. 1870 si riconvertono in:

– n. 40 posti letto di RSA estensiva:

- n. 1 nucleo da n. 20 p.l. di prestazioni estensive per anziani;
- n. 1 nucleo da n. 20 p.l. di prestazioni estensive per soggetti affetti da demenza

per ciascuna delle due sedi di Foggia e Bisceglie;

– n. 200 posti letto di RSA di mantenimento:

- n. 8 nucleo da n. 20 p.l. di prestazioni di mantenimento per anziani;
- n. 2 nucleo da n. 20 p.l. di prestazioni di mantenimento per soggetti affetti da demenza

per ciascuna delle due sedi di Foggia e Bisceglie.

I posti letto di cui al precedente comma 3, lettera ii. si riconvertono in posti letto di mantenimento per anziani.

5. La restante quota di posti letto disponibili di RSA su base provinciale, non oggetto del processo di riconversione di cui ai precedenti commi 3 e 4, ovvero la restante quota di posti letto disponibili di RSA di mantenimento - nuclei di prestazioni di mantenimento per anziani e nuclei prestazioni mantenimento per soggetti affetti da demenza riveniente dalla ricognizione di cui all'art. 12.1 lettera a), è assegnata all'esito delle procedure di cui al successivo art. 12, con le seguenti modalità:

- a) il 30% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS in cui si registra un esubero di posti letto già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti. La quota del 30% è distribuita, nel limite massimo di un nucleo da n. 20 p.l., alle RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento e non contrattualizzate alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
- b) il restante 70% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS carenti e parzialmente carenti di posti letto già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti, da distribuirsi in base alla popolazione residente. La quota del 70% è assegnata, nel limite massimo di un nucleo da n. 20 p.l., alle RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento, con il seguente ordine di preferenza:
 1. RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 non contrattualizzata;
 2. RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 già contrattualizzata.

Nella distribuzione dei posti in riferimento al primo bimestre di presentazione delle istanze ai sensi della DGR 2037/2013 e s.m.i., il limite di un nucleo da n. 20 p.l. e l'ordine di preferenza innanzi stabiliti alla lettera b) non opera per le strutture già autorizzate all'esercizio alla data di entrata in vigore del presente regolamento e ubicate nei Comuni capoluoghi di Provincia con la seguente precisazione:

- Fino a n. 3 strutture, la quota di posti disponibili è assegnata nel limite di n. 3 nuclei da n. 20 p.l.;
- Da n. 4 strutture in poi, la quota di posti disponibili è assegnata nel limite di n. 2 nuclei da n. 20 p.l.

In riferimento ai singoli distretti socio sanitari, in presenza di istanze ammissibili superiori a 1 e a parità di condizioni in applicazione della DGR 2037/2013 e s.m.i., i posti disponibili da distribuire saranno suddivisi in numero uguale tra le strutture richiedenti.

A seguito della distribuzione dei posti disponibili, secondo il criterio di ripartizione del 30% e del 70% di cui alle precedenti lettere a) e b), l'eventuale quota residua dei posti non assegnata e rientrante nel 30%, sarà aggiunta ai posti della quota relativa al 70% nel rispetto del criterio di assegnazione di cui alla precedente lettera b).

Al termine delle procedure di cui sopra, qualora residuassero posti letto disponibili, al fine di garantire la maggiore prossimità tra il luogo di cura e quello di residenza, tali posti letto saranno distribuiti anche nei DSS vicini. Per il raggiungimento dell'obiettivo, la distribuzione dei posti, dopo il primo bimestre di presentazione delle istanze ai sensi della DGR 2037/2013 e s.m.i., terrà conto della programmazione effettuata dal Direttore Generale della competente ASL sulla base del fabbisogno aziendale, e sarà oggetto di approvazione da parte della giunta regionale. Le successive istanze di assegnazione dei posti, rese ai sensi della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., saranno ammissibili a partire dalla data di pubblicazione sul BURP del predetto provvedimento.

Nella distribuzione dei posti disponibili, secondo il criterio di ripartizione del 30% e del 70% di cui alle precedenti lettere a) e b), i residui di posti inferiori a 10 unità non saranno assegnati e concorreranno a formare un residuo di posti su base regionale. La Giunta regionale con proprio provvedimento determinerà le modalità di ripartizione di tali posti.

6. Nell'ambito del fabbisogno di CENTRO DIURNO PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI di cui al comma 1 rientrano:

- a) i posti di RSA diurno Alzheimer pubbliche e private già autorizzate all'esercizio ed accreditate ai sensi del R.R. n. 3/2005 alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
- b) i posti di RSA diurno Alzheimer pubbliche e private già autorizzate all'esercizio ai sensi del R.R. n. 3/2005 alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
- c) i posti di RSA diurno Alzheimer pubbliche e private per i quali è stato concesso parere di compatibilità e per i quali lo stesso non sia decaduto alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
- d) i posti di RSA diurno Alzheimer pubblici e i posti di Centro diurno per soggetti affetti da demenza ex art. 60 ter R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubblici previsti in atti di programmazione regionale;
- e) i posti di Centro diurno per soggetti affetti da demenza ex art. 60 ter R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubblici e privati già autorizzati al funzionamento e contrattualizzati con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

che saranno oggetto di riconversione nei nuclei di Centro diurno previsti dal presente regolamento, ai sensi del successivo art.12.

7. La restante quota di posti disponibili di Centro diurno su base provinciale, e non oggetto del processo di riconversione di cui al precedente comma 6, ovvero la restante quota di posti disponibili di Centro diurno per soggetti non autosufficienti riveniente dalla ricognizione di cui all'art. 12.1 lettera b), è assegnata all'esito delle procedure di cui al successivo art. 12, con le seguenti modalità:
- a) il 30% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS in cui si registra un esubero di posti letto già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti. La quota del 30% sarà distribuita, nel limite massimo di un nucleo da n. 30 posti ai Centri diurni ex art. 60 ter R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubblici e privati già autorizzati al funzionamento e non contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
 - b) il restante 70% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS carenti e parzialmente carenti di posti già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti, da distribuirsi in base alla popolazione residente. La quota del 70% è assegnata, nel limite di un nucleo da n. 30 posti, ai Centri diurni ex art. 60 ter R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubblici e privati già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento, con il seguente ordine di preferenza:
 1. Centro diurno ex art. 60 ter R.R. n. 4/2007 e s.m.i. non contrattualizzato;
 2. Centro diurno ex art. 60 ter R.R. n. 4/2007 e s.m.i. già contrattualizzata.

In riferimento ai singoli distretti socio sanitari, in presenza di istanze ammissibili superiori a 1 e a parità di condizioni in applicazione della DGR 2037/2013 e s.m.i., i posti disponibili da distribuire saranno suddivisi in numero uguale tra le strutture richiedenti, rispettando possibilmente il numero minimo di posti previsti per un nucleo.

A seguito della distribuzione dei posti disponibili, secondo il criterio di ripartizione del 30% e del 70% di cui alle precedenti lettere a) e b), l'eventuale quota residua dei posti non assegnata e rientrante nel 30%, sarà aggiunta ai posti della quota relativa al 70% nel rispetto del criterio di assegnazione di cui alla precedente lettera b).

Al termine delle procedure di cui sopra, qualora residuassero posti letto disponibili, al fine di garantire la maggiore prossimità tra il luogo di cura e quello di residenza, tali posti letto saranno distribuiti anche nei DSS vicini. Per il raggiungimento dell'obiettivo, la distribuzione dei posti, dopo il primo bimestre di presentazione delle istanze ai sensi della DGR 2037/2013 e s.m.i., terrà conto della programmazione effettuata dal Direttore Generale della competente ASL sulla base del fabbisogno aziendale, e sarà oggetto di approvazione da parte della giunta regionale. Le successive istanze di assegnazione dei posti, rese ai sensi della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., saranno ammissibili a partire dalla data di pubblicazione sul BURP del predetto provvedimento.

Nella distribuzione dei posti disponibili, secondo il criterio di ripartizione del 30% e del 70% di cui alle precedenti lettere a) e b), i residui di posti inferiori a 10 unità non saranno assegnati e concorreranno a formare un residuo di posti su base regionale. La Giunta regionale con proprio provvedimento determinerà le modalità di ripartizione di tali posti.

7.1 In riferimento alle Aziende Sanitarie Locali che non hanno sottoscritto accordi contrattuali con Centri diurni ex art. 60 ter R.R. n. 4/2007 e s.m.i., la restante quota di posti disponibili di Centro diurno su base provinciale, e non oggetto del processo di riconversione di cui al precedente comma 6, ovvero la restante quota di posti disponibili di Centro diurno per soggetti non autosufficienti riveniente dalla ricognizione di cui all'art. 12.1 lettera b), è assegnata all'esito delle procedure di cui al successivo art. 12, mediante distribuzione su base distrettuale in base alla popolazione residente.

In riferimento ai singoli distretti socio sanitari, in assenza di istanze ai fini dell'assegnazione dei posti disponibili da parte di Centri diurni ex art. 60 ter R.R. n. 4/2007 già autorizzati al funzionamento e/o contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento, si terrà conto delle nuove istanze per posti semiresidenziali residuali da assegnare alle strutture di nuova realizzazione.

ART. 11

AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE, AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO ED ACCREDITAMENTO

1. Le RSA e i Centri diurni per soggetti non autosufficienti sono soggette all'autorizzazione alla realizzazione, all'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento secondo le procedure e nei termini stabiliti dalla L.R. 2 maggio 2017, n. 9 e s.m.i., e dalla DGR n. 2037/2013, per quanto compatibile con le previsioni del presente regolamento, in relazione al fabbisogno definito dal presente Regolamento.

2. In ogni caso, nella domanda di autorizzazione all'esercizio ciascuna RSA deve indicare le tipologie ed il numero dei nuclei per i quali richiede l'autorizzazione.

ART. 12

NORME TRANSITORIE

12.1 DISPOSIZIONI TRANSITORIE

a) La giunta regionale, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento, approva un atto ricognitivo di tutte le strutture rientranti tra gli autorizzati all'esercizio di cui al comma 3 dell'art. 9 e dei posti letto di RSA ex R.R. 3/2005 e di RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. rientranti nell'ambito di applicazione dei commi 3 e 4 del precedente art. 10, con l'indicazione:

1) dei posti letto di RSA non autosufficienti ancora disponibili, e rientranti nel fabbisogno di accreditamento di cui al comma 1 dell'art.10, da assegnare ai sensi del comma 5 dell'art.10;

2) dei posti letto da assegnare alle strutture ammesse ai finanziamenti di cui all'art. 29 comma 7 della legge regionale n. 9/17 e s.m.i. entro la data di entrata in vigore della stessa legge, entro la percentuale pari al 5% dei posti letto di cui alla precedente punto 1.

b) La giunta regionale, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento, approva un atto ricognitivo di tutte le strutture rientranti tra gli autorizzati all'esercizio di cui al comma 3 dell'art. 9 e dei posti di RSA diurno Alzheimer ex R.R. 3/2005 e di Centro diurno demenze ex art. 60 ter R.R. n. 4/2007 e s.m.i. rientranti nell'ambito di applicazione dei commi 3 e 4 del precedente art. 10, con l'indicazione:

1) dei posti di Centro diurno non autosufficienti ancora disponibili e rientranti nel fabbisogno di accreditamento di cui al comma 1 dell'art.10, da assegnare ai sensi del comma 7 dell'art.10;

2) dei posti letto da assegnare alle strutture ammesse ai finanziamenti di cui all'art. 29 comma 7 della legge regionale n. 9/17 e s.m.i. entro la data di entrata in vigore della stessa legge, entro la percentuale pari al 5% dei posti di cui alla precedente punto 1.

12.2 NORME TRANSITORIE PER LE RSA EX R.R. 3/2005 E PER LE RSSA EX ART. 66 R.R. 4/2007 e smi CONTRATTUALIZZATE CON LE AA.SS.LL.

1. Le RSA ex R.R. n. 3/2005 e le RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. di cui ai commi 3 e 4 dell'art. 10 devono convertire i posti letto nel rispetto del fabbisogno di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 10 e secondo le previsioni degli stessi commi 3 e 4 dello stesso articolo, tenuto conto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal presente regolamento.

2. A tal fine il processo di conversione, per le strutture di cui al comma 1 del presente articolo, sentite le

Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, avverrà sulla base dell'atto ricognitivo di cui al punto 12.1 e di apposite preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore da parte del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, da approvarsi con atto di Giunta regionale (piano di conversione).

3. A far data dall'approvazione del piano di conversione, entro i successivi 30 giorni i singoli erogatori presentano al competente Servizio regionale istanza di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, con la specifica indicazione del numero e tipologia di nuclei di assistenza così come previsti nel piano di riconversione.

4. L'istanza dovrà contenere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del possesso dei requisiti di cui al presente regolamento qualora già posseduti, ovvero un piano di adeguamento da attuarsi entro i limiti temporali stabiliti nel presente articolo.

5. Le strutture di cui al comma 1 devono adeguarsi ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini di seguito indicati a far data dalla approvazione del piano di riconversione da parte della Giunta regionale:

a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;

b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), le RSA ex R.R. 3/2005 e le RSSA ex art. 66 R.R. 4/2007 e smi possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

Le RSA ex R.R. 3/2005 e le RSSA ex art. 66 R.R. 4/2007 e smi, qualora all'atto della verifica sul possesso dei requisiti non dimostrino di possedere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, devono adeguarsi ai requisiti strutturali del presente regolamento, nel rispetto del termine previsto al precedente punto b).

6. Entro i trenta giorni successivi alla scadenza di ciascuno di tali termini, a pena di decadenza dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, il responsabile della struttura invia al competente Servizio regionale un'autocertificazione attestante il possesso dei requisiti, ai fini dell'avvio delle attività di verifica.

7. La mancata presentazione dell'istanza di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento deve intendersi quale rinuncia ai sensi e per gli effetti degli articoli 9, comma 4, lett. c) e 26, comma 2, lett. a) L.R. n. 9/2017. Il mancato adeguamento ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini indicati nel presente articolo, comporta la revoca dell'autorizzazione e dell'accreditamento ai sensi e per gli effetti degli articoli 14, commi 6 e 8, e 26, commi 2 lett. b) e 3, L.R. n. 9/2017.

8. Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, le RSA ex R.R. 3/2005 e le RSSA ex art. 66 R.R. 4/2007 e smi manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate all'esercizio ed accreditate con le relative tariffe vigenti alla stessa data.

9. Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del presente Regolamento e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di conversione di cui al presente articolo 12.2, le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accreditamento relative alle RSA ex R.R. n. 3/2005 e per le RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., contrattualizzate con le AASSLL, sono inammissibili.

12.3 NORME TRANSITORIE PER LE RSSA EX ART. 66 R.R. 4/2007 e smi AUTORIZZATE AL FUNZIONAMENTO E NON CONTRATTUALIZZATE CON LE AA.SS.LL.

1. Le RSSA ex art. 66 R.R. 4/2007 e smi già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente

regolamento e non contrattualizzate con la ASL, ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio come RSA di mantenimento - nuclei di prestazioni di mantenimento per anziani e nuclei prestazioni mantenimento per soggetti affetti da demenza, si adeguano ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini di seguito indicati a far data dall'entrata in vigore del presente regolamento:

- a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;
- b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), le RSSA ex art. 66 R.R. 4/2007 e smi possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

2. Le RSSA ex art. 66 R.R. 4/2007 e smi già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzate con la ASL, a seguito dell'approvazione dell'atto di Giunta regionale di cui all'art. 12.1, lett. a), e relativamente ai posti letto disponibili possono presentare istanza di accreditamento come RSA di mantenimento - nuclei di prestazioni di mantenimento per anziani e nuclei prestazioni mantenimento per soggetti affetti da demenza.

12.4 NORME TRANSITORIE PER LE RSSA EX ART. 66 R.R. 4/2007 e smi E PER LE RSA EX R.R. 3/2005 IN CORSO DI REALIZZAZIONE

1. Le RSSA ex art. 66 R.R. 4/2007 e smi realizzate dalle AASSLL, dai Comuni o dalle ASP o dai soggetti privati con il contributo dei fondi FESR, della Regione e/o dei Comuni ma non ancora autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento, ai fini dell'istanza per l'autorizzazione all'esercizio come RSA di mantenimento - nuclei di prestazioni di mantenimento per anziani e nuclei prestazioni mantenimento per soggetti affetti da demenza possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, ma devono possedere i requisiti tecnologici ed organizzativi minimi e specifici previsti dal presente regolamento relativamente ai nuclei di mantenimento per soggetti non autosufficienti (anziani e soggetti affetti da demenza).
2. Le RSA ex R.R. 3/2005 alle quali è stato concesso parere di compatibilità e in corso di realizzazione, ai fini dell'istanza per l'autorizzazione all'esercizio come RSA di mantenimento - nuclei di prestazioni di mantenimento per anziani e nuclei prestazioni mantenimento per soggetti affetti da demenza possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, ma devono possedere i requisiti tecnologici ed organizzativi minimi e specifici previsti dal presente regolamento relativamente ai nuclei di mantenimento per soggetti non autosufficienti (anziani e soggetti affetti da demenza).

12.5 NORME TRANSITORIE PER LE RSA DIURNO ALZHEIMER EX R.R. 3/2005 E PER I CENTRI DIURNI EX ART. 60 TER R.R. 4/2007 e smi CONTRATTUALIZZATI CON LE AA.SS.LL.

1. Le RSA diurno Alzheimer ex R.R. n. 3/2005 e i Centri diurni ex art. 60 ter R.R. n. 4/2007 e s.m.i. di cui al comma 6 dell'art. 10 devono convertire i posti nel rispetto del fabbisogno di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 10 e secondo le previsioni dello stesso comma 6, tenuto conto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal presente regolamento.

2. A tal fine il processo di conversione, per le strutture di cui al comma 1 del presente articolo, sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, avverrà sulla base dell'atto ricognitivo di cui al punto 12.1 e di apposite preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore da parte del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, da approvarsi con atto di Giunta regionale (piano di conversione).

3. A far data dall'approvazione del piano di riconversione, entro i successivi 30 giorni i singoli erogatori presentano al competente Servizio regionale istanza conversione dell'autorizzazione all'esercizio e

dell'accREDITAMENTO, con la specifica indicazione del numero e tipologia di nuclei di assistenza così come previsti nel piano di conversione.

4. L'istanza dovrà contenere in autocertificazione una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del possesso dei requisiti di cui al presente regolamento qualora già posseduti, ovvero un piano di adeguamento da attuarsi entro i limiti temporali stabiliti nel presente articolo.

5. Le strutture di cui al comma 1 devono adeguarsi ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini di seguito indicati a far data dalla approvazione del piano di riconversione da parte della Giunta regionale:

- a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;
- b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), le RSA diurno Alzheimer ex R.R. 3/2005 e i Centri diurni ex art. 60 ter R.R. 4/2007 e smi possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

Le RSA diurno Alzheimer ex R.R. 3/2005 e i Centri diurni ex art. 60 ter R.R. 4/2007 e smi, qualora all'atto della verifica sul possesso dei requisiti non dimostrino di possedere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, devono adeguarsi ai requisiti strutturali del presente regolamento, nel rispetto del termine previsto al precedente punto b).

6. Entro i trenta giorni successivi alla scadenza di ciascuno di tali termini, a pena di decadenza dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accREDITAMENTO, il responsabile della struttura invia al competente Servizio regionale un'autocertificazione attestante il possesso dei requisiti, ai fini dell'avvio delle attività di verifica.

7. La mancata presentazione dell'istanza di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accREDITAMENTO deve intendersi quale rinuncia ai sensi e per gli effetti degli articoli 9, comma 4, lett. c) e 26, comma 2, lett. a) L.R. n. 9/2017. Il mancato adeguamento ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini indicati nel presente articolo, comporta la revoca dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO ai sensi e per gli effetti degli articoli 14, commi 6 e 8, e 26, commi 2 lett. b) e 3, L.R. n. 9/2017.

8. Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accREDITAMENTO, le RSA diurno Alzheimer ex R.R. 3/2005 e i Centri diurni ex art. 60 ter R.R. 4/2007 e smi manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate all'esercizio ed accreditate con le relative tariffe vigenti alla stessa data.

9. Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del presente Regolamento e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di riconversione di cui al presente articolo 12.5, le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accREDITAMENTO relative alle RSA diurno Alzheimer ex R.R. n. 3/2005 e ai Centri diurni ex art. 60 ter R.R. n. 4/2007 e s.m.i., contrattualizzate con le AASSLL, sono inammissibili.

12.6 NORME TRANSITORIE PER I CENTRI DIURNI EX ART. 60 TER R.R. 4/2007 e smi AUTORIZZATI AL FUNZIONAMENTO E NON CONTRATTUALIZZATI CON LE AA.SS.LL.

1. I Centri diurni ex art. 60 ter R.R. 4/2007 e smi già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzati con la ASL, ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio come Centri Diurni disciplinati dal presente regolamento si adeguano ai requisiti dallo stesso previsti nei termini di seguito indicati a far data dall'entrata in vigore del presente regolamento:

- a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;

b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), i Centri diurni ex art. 60 ter R.R. 4/2007 e smi possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

2. I Centri diurni ex art. 60 ter R.R. 4/2007 e smi già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzati con la ASL, a seguito dell'approvazione dell'atto di Giunta regionale di cui all'art. 12.1, lett.b) e relativamente ai posti semiresidenziali disponibili, possono presentare istanza di accreditamento come Centri diurni disciplinati dal presente regolamento, previa conferma dell'autorizzazione all'esercizio.

12.7 NORME TRANSITORIE PER I CENTRI DIURNI EX ART. 60 TER R.R. 4/2007 e smi E PER I CENTRI DIURNI ALZHEIMER EX R.R. 3/2005 IN CORSO DI REALIZZAZIONE

1. I Centri diurni ex art. 60 ter R.R. 4/2007 e smi realizzati dalle AASSLL, dai Comuni o dalle ASP o dai soggetti privati con il contributo dei fondi FESR, della Regione e/o dei Comuni e non ancora autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento, ai fini dell'istanza per l'autorizzazione all'esercizio come Centri diurni disciplinati dal presente regolamento possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, ma devono dimostrare il possesso dei requisiti tecnologici ed organizzativi minimi e specifici previsti dal presente regolamento relativamente ai nuclei semiresidenziali di mantenimento per soggetti non autosufficienti.

2. I Centri diurni ex R.R. 3/2005 ai quali è stato concesso parere di compatibilità e in corso di realizzazione, ai fini dell'istanza per l'autorizzazione all'esercizio come Centri diurni disciplinati dal presente regolamento possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, ma devono dimostrare il possesso dei requisiti tecnologici ed organizzativi minimi e specifici previsti dal presente regolamento relativamente ai nuclei semiresidenziali di mantenimento per soggetti non autosufficienti.

12.8 NORME TRANSITORIE PER I POSTI DI RSA EX R.R. N. 3/2005 GIÀ ASSEGNATI CON LA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 18 NOVEMBRE 2002, N. 1870

1. I posti di RSA ex R.R. n. 3/2005 già assegnati con la deliberazione della giunta regionale 18 novembre 2002, n. 1870 (Piano di riconversione dei Presidi ospedalieri di Bisceglie e Foggia di cui alla del. cons. reg. n. 380/1999 e successive modificazioni di cui alla del. giunta reg. 1087/2002 – Definizione dei rapporti con la congregazione religiosa "Casa della Divina provvidenza" di cui al comma 3 dell'art. 10 devono essere convertiti/attivati in RSA con posti letto di tipo estensivo o di mantenimento nel rispetto del fabbisogno di cui al comma 4 dell'art. 10 e secondo le previsioni dello stesso comma 4, tenuto conto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal presente regolamento.

2. A tal fine il processo di conversione/attivazione, per i posti di cui al comma 1 del presente paragrafo, sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, avverrà sulla base dell'atto ricognitivo di cui al punto 12.1 e di apposita preintesa da sottoscrivere tra il legale rappresentante degli ex ospedali psichiatrici di Foggia e Bisceglie e il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, da approvarsi con atto di Giunta regionale (piano di conversione).

3. A far data dall'approvazione del piano di riconversione, entro i successivi 30 giorni il legale rappresentante degli ex ospedali psichiatrici di Foggia e Bisceglie presenta al competente Servizio regionale istanza di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accREDITAMENTO, con la specifica indicazione del numero e tipologia di nuclei di assistenza così come previsti nel piano di riconversione.

4. L'istanza dovrà contenere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del possesso dei requisiti di cui

al presente regolamento qualora già posseduti, ovvero un piano di adeguamento da attuarsi entro i limiti temporali stabiliti nel presente articolo.

5. Le strutture di cui al comma 1 del presente paragrafo devono adeguarsi ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini di seguito indicati a far data dalla approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale:

a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;

b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), le strutture di cui al comma 1 del presente paragrafo possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

Qualora, all'atto della verifica sul possesso dei requisiti, si accerti che i posti già autorizzati all'esercizio e accreditati non possiedono i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, questi devono essere adeguati ai requisiti strutturali del presente regolamento, nel rispetto del termine previsto al precedente punto b).

6. Entro i trenta giorni successivi alla scadenza di ciascuno di tali termini, a pena di decadenza dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, il legale rappresentante della struttura invia al competente Servizio regionale un'autocertificazione attestante il possesso dei requisiti, ai fini dell'avvio delle attività di verifica.

7. La mancata presentazione dell'istanza di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento deve intendersi quale rinuncia ai sensi e per gli effetti degli articoli 9, comma 4, lett. c) e 26, comma 2, lett.a) L.R. n. 9/2017. Il mancato adeguamento ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini indicati nel presente articolo, comporta la revoca dell'autorizzazione e dell'accreditamento ai sensi e per gli effetti degli articoli 14, commi 6 e 8, e 26, commi 2 lett. b) e 3, L.R. n. 9/2017.

8. Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, i posti di RSA ex R.R. 3/2005 manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate all'esercizio ed accreditate con le relative tariffe vigenti alla stessa data.

9. Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del presente Regolamento e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di conversione di cui al presente articolo 12.8, le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accreditamento relative alle RSA ex R.R. n. 3/2005 sono inammissibili.

12.9 NORME TRANSITORIE PER I POSTI LETTO DI CUI ALL'ART. 10, COMMA 3, LETTERA ii.

1. I posti letto di RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale con la ASL che alla data di entrata in vigore del presente regolamento sono occupati da a) pazienti provenienti dagli Istituti Ortofrenici e dalle strutture manicomiali e b) soggetti psichiatrici stabilizzati con età superiore ai 64 anni inviati dal Dipartimento di Salute Mentale, di cui al comma 3, lettera ii. dell'art. 10 sono convertiti in posti letto di mantenimento per anziani, tenuto conto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal presente regolamento.

2. A tal fine il processo di conversione, per i posti di cui al comma 1 del presente paragrafo, sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, avverrà sulla base dell'atto ricognitivo di cui al punto 12.1 e di apposita preintesa da sottoscrivere tra il legale rappresentante della RSSA e il Direttore del

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, da approvarsi con atto di Giunta regionale (piano di conversione).

3. A far data dall'approvazione del piano di riconversione, entro i successivi 30 giorni il legale rappresentante della RSSA presenta al competente Servizio regionale istanza di conversione dell'autorizzazione all'esercizio ed istanza di accreditamento, con la specifica indicazione del numero e tipologia di posti letto così come previsti nel piano di riconversione.

4. L'istanza dovrà contenere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del possesso dei requisiti di cui al presente regolamento qualora già posseduti, ovvero un piano di adeguamento da attuarsi entro i limiti temporali stabiliti nel presente articolo.

5. Le strutture di cui al comma 1 del presente paragrafo devono adeguarsi ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini di seguito indicati a far data dalla approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale:

a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;

b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), le strutture di cui al comma 1 del presente paragrafo possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

Qualora, all'atto della verifica sul possesso dei requisiti, si accerti che i posti già autorizzati al funzionamento non possiedono i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, questi devono essere adeguati ai requisiti strutturali del presente regolamento, nel rispetto del termine previsto al precedente punto b).

6. Entro i trenta giorni successivi alla scadenza di ciascuno di tali termini, a pena di decadenza dell'autorizzazione al funzionamento, il legale rappresentante della struttura invia al competente Servizio regionale un'autocertificazione attestante il possesso dei requisiti, ai fini dell'avvio delle attività di verifica.

7. La mancata presentazione dell'istanza di conversione dell'autorizzazione al funzionamento e dell'istanza di accreditamento deve intendersi quale rinuncia ai sensi e per gli effetti degli articoli 9, comma 4, lett. c) e 26, comma 2, lett.a) L.R. n. 9/2017. Il mancato adeguamento ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini indicati nel presente articolo, comporta la revoca dell'autorizzazione al funzionamento ai sensi e per gli effetti degli articoli 14, commi 6 e 8 della L.R. n. 9/2017.

8. Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accREDITAMENTO, i posti letto di RSSA manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate al funzionamento con le relative tariffe vigenti alla stessa data.

9. Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del presente Regolamento e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di conversione di cui al presente articolo 12.9, le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accREDITAMENTO relative ai posti letto di RSSA di cui al presente paragrafo sono inammissibili.

12.10 MONITORAGGIO

Ai fini del monitoraggio applicativo e attuativo del presente regolamento si procederà con cadenza triennale a valutare il pieno utilizzo dei posti letto contrattualizzati mediante il tasso di occupazione. Nell'ipotesi in cui tale tasso sia inferiore al 90% dei posti non utilizzati nel triennio saranno decurtati dal nuovo accordo e si renderanno disponibili per la riassegnazione secondo le regole di cui al precedente art. 10, comma 5.

ART. 13
VERIFICHE E SANZIONI

1. Le verifiche sul rispetto delle disposizioni di legge, sul possesso e sulla permanenza dei requisiti generali e di quelli strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi specifici per le RSA e i Centri diurni per soggetti non autosufficienti sono effettuate ai sensi della L.R. 2 maggio 2017, n. 9 e s.m.i.
2. Per quanto attiene il regime sanzionatorio si rinvia a quanto espressamente disciplinato in materia dalla L.R. 2 maggio 2017, n. 9 e s.m.i.

ART. 14
NORMA DI RINVIO

1. Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento, si rinvia alla normativa regionale vigente in materia, ed in particolare alla L. R. 9/2017 e s.m.i., alla L.R. n. 53/2017 e s.m.i. e al Regolamento Regionale n. 3/2005 e s.m.i. per la sezione A "Requisiti generali", ed alla normativa nazionale vigente in materia.
2. Per le strutture ammesse alla deroga di cui al precedente art.12, nei limiti di quanto previsto nello stesso articolo, si rinvia ai requisiti strutturali per le RSA del Regolamento regionale n. 3/2005, ai requisiti strutturali per le RSSA art. 66 del R.R. n. 4/2007 e s.m.i., ai requisiti strutturali per i Centri diurni art. 60-ter del R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e al DM 308/2001.

Il presente Regolamento è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'art. 53 comma 1 della L.R. 12/05/2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia". E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione Puglia.

Dato a Bari, addì 21 GEN. 2019

EMILIANO



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO B

***“PRIME INDICAZIONI OPERATIVE relative al regolamento regionale
sull’Assistenza residenziale e semiresidenziale ai soggetti non
autosufficienti – Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) estensiva e di
mantenimento – Centro diurno per soggetti non autosufficienti”***

Lo schema di Regolamento in oggetto propone due distinti fabbisogni di posti letto di RSA, uno relativo all’autorizzazione all’esercizio con un numero totale di posti letto autorizzabili che supera del 30% il numero dei posti letto accreditabili, fatti salvi i posti già autorizzati al funzionamento in base alla previgente normativa regionale, ed uno relativo all’accreditamento che è in linea con lo standard nazionale definito dal Comitato LEA.

Nel dettaglio, a seguito dell’approvazione del regolamento saranno approvati i seguenti provvedimenti:

1) ATTO RICOGNITIVO DELLE STRUTTURE RIENTRANTI TRA GLI AUTORIZZATI ALL’ESERCIZIO DI CUI AL COMMA 3 DELL’ART. 9.

L’art. 9 del regolamento prevede:

“2. Ai fini dell’autorizzazione all’esercizio, il fabbisogno di posti letto in regime residenziale e di posti in regime semiresidenziale per soggetti non autosufficienti è stabilito in misura pari a:

i) numero dei posti letto/posti accreditabili di cui al successivo articolo 10, comma 1 con l’aggiunta di:

iii. trenta per cento (30%) di posti letto aggiuntivi di nuclei di mantenimento per soggetti non autosufficienti (anziani e soggetti affetti da demenza);

iv. trenta per cento (30%) di posti semiresidenziali aggiuntivi di nuclei di mantenimento per soggetti non autosufficienti

distribuiti su base distrettuale e tenendo conto dei distretti sociosanitari carenti o parzialmente carenti di posti.

3. In aggiunta rispetto ai parametri di cui al comma 2, sono fatti salvi i seguenti posti letto/posti semiresidenziali:

a) posti letto/ posti semiresidenziali di RSA ex R.R. n. 3/2005 pubblici già autorizzati all’esercizio o già previsti in atti di programmazione sanitaria regionale;



REGIONE PUGLIA

- j) *posti letto/posti semiresidenziali di RSA ex R.R. n. 3/2005 privati già autorizzati all'esercizio;*
- k) *posti letto/posti semiresidenziali di RSA ex R.R. n. 3/2005 privati per i quali è stato concesso parere di compatibilità e per i quali non sia decorso il termine biennale di validità ai sensi della ex L.R. n. 8/2004 e s.m.i.;*
- l) *i posti di RSA ex R.R. n. 3/2005 già assegnati con la deliberazione della Giunta regionale 18 novembre 2002, n. 1870 (Piano di riconversione dei Presidi ospedalieri di Bisceglie e Foggia di cui alla del. cons. reg. n. 380/1999 e successive modificazioni di cui alla del. giunta reg. 1087/2002 – Definizione dei rapporti con la congregazione religiosa "Casa della Divina provvidenza";*
- m) *i posti letto di RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento;*
- n) *i posti letto di RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e di Centri diurni ex art. 60-ter R.R. n. 4/2007 e s.m.i. realizzati dalle AASSLL, dai Comuni o dalle ASP o dai soggetti privati con il contributo dei fondi FESR, della Regione e/o dei Comuni e non ancora autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento;*
- o) *i posti letto di RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e di Centri diurni ex art. 60-ter R.R. n. 4/2007 e s.m.i. che hanno presentato istanza di autorizzazione alla realizzazione o alla ristrutturazione di strutture sanitarie e sociosanitarie con mezzi propri presentate dai privati alla data del 31/12/2017 che all'entrata in vigore del presente regolamento sono state autorizzate ovvero per le quali è decorso, senza diniego, il termine previsto dalla legge per il rilascio;*
- p) *i posti letto di RSAA ex art. 67 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., ai sensi dell'art. 7-bis della L.R. n. 53/2017 e s.m.i., per i quali sia stata presentata istanza di riqualificazione quali RSA di mantenimento."*

Pertanto, al fine di poter assegnare i nuovi posti letto/posti semiresidenziali da autorizzare all'esercizio, tenuto conto che i predetti sono stabiliti in numero pari al 30% dei posti relativi all'accreditamento e che la relativa distribuzione deve avvenire su base distrettuale tenuto conto dei DSS carenti o parzialmente carenti di posti, è necessario dapprima procedere alla ricognizione dei posti letto/posti semiresidenziali già autorizzati all'esercizio o previsti in atti di programmazione regionale o finanziati con fondi FESR. Ciò al fine di stabilire quali siano i DSS carenti



REGIONE PUGLIA

o parzialmente carenti di posti e permettere una distribuzione di strutture quanto più omogenea sul territorio nel rispetto del principio di prossimità delle strutture e servizi socio-sanitari rispetto al bisogno dell'utenza.

Tale atto ricognitivo sarà approvato entro 60 giorni dall'entrata in vigore del regolamento, come previsto dall'art. 12.1 "Disposizioni transitorie", lettere a) e b) dello stesso regolamento. L'atto ricognitivo riguarderà distintamente sia i posti letto relativi alle strutture residenziali sia i posti semiresidenziali.

Fino alla data di approvazione dell'atto ricognitivo delle strutture di cui all'art. 9, comma 3, lett. a) – h) del regolamento, saranno inammissibili le nuove istanze presentate ai fini dell'ottenimento del parere di compatibilità al fabbisogno regionale per la realizzazione di strutture socio-sanitarie, ai sensi della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., propedeutica al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio.

Con la deliberazione che approva l'atto ricognitivo di cui innanzi sarà stabilita la data a decorrere dalla quale sarà possibile presentare le istanze per l'ottenimento del parere di compatibilità al fabbisogno regionale, che sarà rilasciato nel rispetto delle disposizioni impartite con la DGR n. 2037/2013.

Inoltre, la Giunta regionale, con proprio provvedimento, sentite le Direzioni Generali delle AA.SS.LL., procederà a determinare i criteri ulteriori per la ripartizione del 30% dei posti aggiuntivi.

2) ATTO RICOGNITIVO DELLE STRUTTURE RIENTRANTI TRA GLI ACCREDITATI DI CUI AI COMMI 3, 4 E 6 DELL'ART. 10.

L'art. 10 del regolamento "Fabbisogno per l'accreditamento" prevede:

"1. Ai fini dell'accreditamento, il fabbisogno di posti letto in regime residenziale e di posti in regime semiresidenziale per soggetti non autosufficienti è stabilito in misura pari a 8.380 equivalente a 20 p.l./10.000 abitanti così suddivisi:

RSA	RSA ESTENSIVA - NUCLEI PRESTAZIONI ESTENSIVE PER ANZIANI	R2	350 pl	0,85/10 mila ab.
	RSA ESTENSIVA - NUCLEI PRESTAZIONI ESTENSIVE PER SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA	R2D	350 pl	0,85/10 mila ab.
	RSA DI MANTENIMENTO - NUCLEI PRESTAZIONI MANTENIMENTO PER ANZIANI	R3	5644 pl	13,3/10 mila ab.



REGIONE PUGLIA

	RSA ESTENSIVA - NUCLEI PRESTAZIONI MANTENIMENTO PER SOGGETTI AFFETTI DA DEMENTIA	R3	800 pl	2/10 mila ab.
CENTRO DIURNO NON AUTOSUFFICIENTI	NUCLEI PRESTAZIONI MANTENIMENTO PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI	SR - SRD	1236 posti	3/10 mila ab.

2. *Il fabbisogno regionale di cui al comma 1 è rapportato su base territoriale provinciale (popolazione residente – dati ISTAT 2015)."*

I successivi commi 3 e 4, in riferimento alle RSA per anziani e soggetti affetti da demenza, e comma 6, in riferimento ai Centri diurni per soggetti non autosufficienti, prevedono rispettivamente i posti letto ed i posti semiresidenziali che rientrano tra quelli accreditabili.

Pertanto, al fine di poter accreditare nuovi posti letto/posti semiresidenziali attingendo alla platea di strutture/centri diurni già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del regolamento, è necessario dapprima procedere alla ricognizione dei posti letto/posti semiresidenziali rientranti nella riserva di posti accreditati provvisoriamente di cui ai predetti commi 3, 4 e 6 dell'art. 10 del regolamento.

Tale numero di posti letto/posti semiresidenziali, sottratto al numero totale di posti previsto nella tabella di cui al comma 1 dell'art. 10, determinerà il numero di posti letto/posti semiresidenziali da poter accreditare ex novo, secondo le previsioni dei commi 5 e 7 dello stesso art. 10. Le strutture interessate all'assegnazione dei posti letto/posti semiresidenziali disponibili ai fini dell'accreditamento sono rispettivamente le ex RSSA art. 66 RR n. 4/2007 ed i Centri diurni ex art. 60-ter RR n. 4/2007.

L'atto ricognitivo sarà approvato entro 60 giorni dall'entrata in vigore del regolamento, come previsto dall'art. 12.1 "Disposizioni transitorie", lettere a) e b) dello stesso regolamento. L'atto ricognitivo riguarderà distintamente sia i posti letto relativi alle strutture residenziali sia i posti semiresidenziali.

Si precisa che, come previsto nell'art. 12.1, lettera a) punto 2 e lettera b) punto 2 rientrano nella riserva dei posti accreditati provvisoriamente "i posti letto da assegnare alle strutture ammesse ai finanziamenti di cui all'art. 29 comma 7 della legge regionale n. 9/17 e s.m.i entro la data di entrata in vigore della stessa legge, entro la percentuale pari al 5% dei posti letto/posti di cui alla precedente punto 1",



REGIONE PUGLIA

ovvero entro la percentuale pari al 5% dei posti letto/posti semiresidenziali risultanti disponibili a seguito della ricognizione dei posti rientranti nella riserva.

Fino alla data di approvazione dell'atto ricognitivo delle strutture di cui all'art. 10 del regolamento, saranno inammissibili le nuove istanze presentate ai fini dell'ottenimento dell'accreditamento, ai sensi della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., propedeutico all'eventuale sottoscrizione di accordo contrattuale con la competente ASL.

Con la deliberazione che approva l'atto ricognitivo di cui innanzi sarà stabilita la data a decorrere dalla quale sarà possibile presentare le istanze per l'ottenimento dell'accreditamento, nel rispetto dei criteri di assegnazione dei posti previsti nel regolamento, art. 10 commi 5 e 7.

Inoltre, ai sensi dell'art. 12.3 del regolamento *"Norme transitorie per le RSSA ex art. 66 RR 4/2007 e smi autorizzate al funzionamento e non contrattualizzate con le AA.SS.LL."* e dell'art. 12.6 *"Norme transitorie per i Centri diurni ex art. 60 ter RR 4/2007 e smi autorizzati al funzionamento e non contrattualizzati con le AA.SS.LL."* le RSSA ex art. 66 R.R. 4/2007 ed i Centri diurni ex art. 60-ter R.R. n. 4/2007 già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del regolamento e non contrattualizzati con la ASL, devono richiedere la conferma dell'autorizzazione all'esercizio rispettivamente come RSA di mantenimento - nuclei di prestazioni di mantenimento per anziani e nuclei prestazioni mantenimento per soggetti affetti da demenza e come Centri diurni per soggetti non autosufficienti con l'obbligo di adeguarsi ai requisiti di cui al nuovo regolamento nei termini di seguito indicati a far data dall'entrata in vigore dello stesso regolamento:

- a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;
- b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), le RSSA ex art. 66 R.R. 4/2007 ed i Centri diurni ex art. 60-ter R.R. n. 4/2007 possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

Con successivo provvedimento di Giunta, definiti i posti letto/posti semiresidenziali disponibili ai fini dell'accreditamento, si procederà a definire i criteri di ripartizione di tali posti su base provinciale, così come previsto nell'art. 10, commi 5 e 7.

I successivi commi 2 degli artt. 12.3 e 12.6 prevedono che le RSSA ex art. 66 R.R. 4/2007 ed i Centri diurni ex art. 60-ter R.R. n. 4/2007 già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzati con la ASL, a seguito dell'approvazione dell'atto di Giunta regionale di cui all'art. 12.1, lett. a) e b), e relativamente ai posti letto disponibili possono presentare istanza di accreditamento rispettivamente come RSA di mantenimento -



REGIONE PUGLIA

nuclei di prestazioni di mantenimento per anziani e nuclei prestazioni mantenimento per soggetti affetti da demenza e come Centri diurni per soggetti non autosufficienti.

Dal combinato disposto dei commi 5 e 7 dell'art. 10 e artt. 12.3 e 12.6, le le RSSA ex art. 66 R.R. 4/2007 ed i Centri diurni ex art. 60-ter R.R. n. 4/2007 già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del regolamento e non contrattualizzati con la ASL potranno presentare contestualmente istanza di conferma di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento, sempre successivamente all'atto ricognitivo di cui innanzi con il quale sarà comunicata la data a decorrere dalla quale sarà possibile presentare le predette istanze.

Resta fermo che all'atto della presentazione dell'istanza, le strutture devono essere già in possesso dei requisiti tecnologici ed organizzativi previsti dal regolamento.

3) ATTO DI GIUNTA REGIONALE DI RECEPIMENTO DELLE PREINTESE TRA REGIONE E RSA EX R.R. 3/2005, RSSA EX ART. 66 R.R. 4/2007, RSA DIURNO ALZHEIMER EX R.R. 3/2005, CENTRI DIURNI EX ART. 60 TER R.R. 4/2007 CONTRATTUALIZZATI CON LE AA.SS.LL.

Le strutture di cui al presente punto 3), rientranti nel fabbisogno di posti accreditabili, devono convertire i relativi posti letto/posti nei nuovi nuclei previsti dal regolamento.

A tal fine il processo di conversione, per le predette strutture, avverrà sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, a seguito dell'atto ricognitivo di cui al punto 12.1, esiterà in preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore da parte del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, da approvarsi con atto di Giunta regionale (piano di conversione).

Pertanto, le strutture di cui innanzi saranno convocate dal Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti a seguito dell'approvazione dell'atto ricognitivo dei posti accreditabili di cui al predetto punto 2).

Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, le RSA ex R.R. 3/2005, le RSSA ex art. 66 R.R. 4/2007, le RSA diurno Alzheimer ex RR 3/2005, i Centri diurni ex art. 60 ter RR 4/2007 manterranno il numero e la tipologia di



REGIONE PUGLIA

prestazioni per cui sono già autorizzate all'esercizio ed accreditate con le relative tariffe vigenti alla stessa data.

Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del regolamento e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di conversione dei posti letto/posti, le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accreditamento relative alle RSA ex R.R. 3/2005, alle RSSA ex art. 66 R.R. 4/2007, alle RSA diurno Alzheimer ex RR 3/2005, ai Centri diurni ex art. 60 ter RR 4/2007, contrattualizzati con le AA.SS.LL., sono inammissibili.

4) ATTO RICOGNITIVO DEI POSTI LETTO OCCUPATI DA PAZIENTI PSICHIATRICI IN RSSA EX ART. 58 R.R. 4/2007 E ATTO DI GIUNTA REGIONALE DI RECEPIMENTO DELLE PREINTESE TRA REGIONE E RSSA EX ART. 58 R.R. 4/2007

Il regolamento all'art. 10, comma 3. Lett. ii) prevede che rientrino nel processo di accreditamento e in aggiunta al fabbisogno determinato dallo stesso art. 10, comma 1, i posti letto di RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale con la ASL che alla data di entrata in vigore del regolamento sono occupati da a) pazienti provenienti dagli Istituti Ortofrenici e dalle strutture manicomiali e b) soggetti psichiatrici stabilizzati inviati dal Dipartimento di Salute Mentale. Tali posti letto si riconvertono in posti letto di mantenimento.

Come previsto dall'art. 12.9 del regolamento, le strutture, relativamente ai posti letto occupati dai predetti pazienti, devono convertire i relativi posti letto nei nuovi nuclei di mantenimento.

Pertanto, si procederà dapprima ad acquisire dalle AA.SS.LL. i dati relativi al numero dei posti occupati dai predetti pazienti e le RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 coinvolte in tale percorso, atto propedeutico al processo di conversione che avverrà sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, ed esiterà in preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore da parte del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, da approvarsi con atto di Giunta regionale (piano di conversione).

Pertanto, le strutture di cui innanzi saranno convocate dal Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti a seguito della ricognizione dei posti accreditabili.

Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, le RSSA ex art.



REGIONE PUGLIA

66 R.R. 4/2007 manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate all'esercizio con le relative tariffe vigenti alla stessa data.

Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del regolamento e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di conversione dei posti letto/posti, le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accreditamento relative alle **RSSA ex art. 66 R.R. 4/2007** sono inammissibili.

5) ATTI DI GIUNTA REGIONALE DI APPROVAZIONE DELLE NUOVE TARIFFE REGIONALI E DEGLI SCHEMI – TIPO DI ACCORDI CONTRATTUALI PER RSA E CENTRI DIURNI

Contestualmente al percorso di ricognizione e di conversione dei posti letto/posti valevole ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento di cui ai precedenti punti 1), 2) e 3), la competente struttura regionale, a partire dall'entrata in vigore del regolamento, procederà a predisporre le nuove tariffe regionali di riferimento per le RSA e Centri diurni nel rispetto dei requisiti previsti dallo stesso regolamento.

Parimenti, la competente struttura regionale, a partire dall'entrata in vigore del regolamento, procederà a predisporre gli schemi-tipo di accordi contrattuali che le Aziende Sanitarie Locali utilizzeranno per la sottoscrizione dei contratti con le RSA ed i Centri diurni.

Si ribadisce che fino all'ottenimento dei provvedimenti di accreditamento e di eventuale sottoscrizione degli accordi contrattuali con le competenti AA.SS.LL., non si potranno applicare le nuove tariffe di riferimento per le RSA ed i Centri diurni. Pertanto, fino a quella data continueranno ad applicarsi le vigenti tariffe regionali.

REGOLAMENTO REGIONALE 21 gennaio 2019, n. 5

“Regolamento regionale sull’Assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti disabili - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per disabili - Centro diurno socioeducativo e riabilitativo per disabili.”

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE:

VISTO l’art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla legge costituzionale 22 novembre 1999 n. 1, nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta Regionale l’emanazione dei regolamenti regionali;

VISTO l’art. 42, comma 2, lett. c) della L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto della Regione Puglia”;

VISTO l’art. 44, comma 2, della L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto del Regione Puglia” così come modificato dalla L.R. 20 ottobre 2014, n. 44;

VISTA la Delibera di Giunta Regionale N° 2450 del 21/12/2018 di adozione del Regolamento;

EMANA IL SEGUENTE REGOLAMENTO

ART. 1

FINALITA’

Il presente Regolamento individua il fabbisogno, disciplina l’autorizzazione alla realizzazione ed all’esercizio, individua i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio, individua gli ulteriori requisiti per l’accreditamento, nonché i criteri di eleggibilità degli assistiti che possono accedere alle seguenti strutture territoriali:

- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per disabili;
- Centro diurno socioeducativo e riabilitativo per disabili.

ART. 2

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA) PER DISABILI

La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per disabili è istituita al fine di semplificare e rendere agevole l’accesso di persone disabili in strutture residenziali extra-ospedaliere e poter fruire di prestazioni socio-sanitarie, assistenziali, socio-riabilitative e tutelari.

La RSA disabili eroga prestazioni in nuclei specializzati (**nucleo di assistenza residenziale di mantenimento**) a persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate.

Il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento eroga trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, in età compresa tra i 18 e i

64 anni, che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse nei Presidi di Riabilitazione, ma che richiedono un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria, che non sono in grado di condurre una vita autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, non possono far prevedere che limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e non possono essere assistite a domicilio.

La degenza è finalizzata al mantenimento clinico-funzionale degli ospiti. L'accesso al nucleo di assistenza residenziale di mantenimento avviene tramite valutazione da parte dell'unità di valutazione multidimensionale della competente ASL mediante utilizzo di sistema di valutazione SVAMDI.

La durata della degenza non è preordinata.

Il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento è composto da 20 posti letto.

In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le RSA disabili possono articolarsi in nuclei, differenziati in base alla tipologia degli ospiti.

Sono istituite due tipologie di nuclei di assistenza residenziale di mantenimento: tipo A e tipo B.

Il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di tipo A ospita disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare.

I trattamenti di mantenimento e lungoassistenza in regime residenziale nel nucleo di tipo A sono a carico del Servizio sanitario regionale per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera.

Il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di tipo B ospita disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare o disabili privi di sostegno familiare. I trattamenti di mantenimento e lungoassistenza in regime residenziale nel nucleo di tipo B sono a carico del Servizio sanitario regionale per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera.

Al nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di tipo A e B si accede:

- 1) con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS di residenza del paziente, previa redazione del PAI, su prescrizione-proposta:
 - del MMG;
 - del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti o di Riabilitazione e Lungodegenza che dimette il paziente;
- 2) per trasferimento da struttura di post-acuzie o dagli ospedali di comunità o da altra struttura territoriale di diverso livello assistenziale con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG.

Si può accedere ai nuclei di mantenimento della RSA disabili se sussiste il bisogno assistenziale di trattamenti di lungoassistenza e il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate.

La presa in carico del paziente deve essere concordata e comunicata dalla struttura, entro 5 giorni lavorativi, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente l'avvenuta presa in carico. Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe).

La durata del trattamento residenziale di mantenimento per trattamenti di lungoassistenza è fissata in base

alle condizioni dell'assistito, così come indicato nel PAI redatto dall'UVM, e può essere soggetto a proroga. Al termine del percorso di trattamento assistenziale di mantenimento, in assenza di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo e persistendo il bisogno del paziente di assistenza, questi sarà trasferito in altro setting assistenziale appropriato, preferibilmente di tipo domiciliare, dietro nuova valutazione da parte dell'UVM.

La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza nei nuclei di mantenimento di RSA disabili deve essere preventivamente autorizzato dall'UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante.

A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 30 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica inderogabilmente la richiesta di proroga alla UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente.

L'UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante provvede alla valutazione della richiesta di prosecuzione del trattamento e a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente.

Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga.

Analoga procedura è attivata in caso di esito negativo alla richiesta di proroga.

Decorsi inutilmente i termini dei 30 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata.

Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe) in sede di verifica dell'appropriatezza che vale fatto salvo il periodo di proroga tacitamente accordato.

Si precisa che per l'accesso ai **nuclei di assistenza residenziale di mantenimento di tipo A e B** per disabili l'UVM si integra o coordina con il Dipartimento di Riabilitazione della ASL competente per l'elaborazione del PRI al fine della condivisione del percorso riabilitativo del paziente.

ART. 3

CENTRO DIURNO SOCIOEDUCATIVO E RIABILITATIVO PER DISABILI

Il centro diurno socioeducativo e riabilitativo per disabili è una struttura socio-sanitaria a ciclo diurno finalizzata al recupero e al mantenimento delle abilità funzionali residue e dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia.

Il centro è destinato a soggetti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, con notevole compromissione delle autonomie funzionali, che necessitano di prestazioni riabilitative di carattere sociosanitario.

Il Centro diurno per disabili eroga trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo, a persone disabili con bassa necessità di tutela sanitaria.

Il centro deve, in ogni caso, organizzare:

- attività educative indirizzate all'autonomia;
- attività di socializzazione ed animazione;
- attività espressive, psico-motorie e ludiche;

- attività culturali e di formazione;
- prestazioni sociosanitarie e riabilitative.

Deve, altresì, assicurare l'assistenza nell'espletamento delle attività e delle funzioni quotidiane anche attraverso prestazioni a carattere assistenziale (igiene personale), nonché la somministrazione dei pasti, in relazioni agli orari di apertura.

L'accesso al Centro diurno disabili avviene tramite valutazione da parte dell'unità di valutazione multidimensionale della competente ASL mediante utilizzo di sistema di valutazione SVAMDI.

La durata della degenza non è preordinata.

I trattamenti di mantenimento e lungoassistenza in regime semiresidenziale sono a carico del Servizio sanitario regionale per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera.

Il Centro diurno disabili è organizzato in nuclei di 30 posti. Ogni Centro diurno può essere autorizzato all'esercizio per un massimo di 30 posti.

Il Centro diurno per disabili assicura l'apertura e l'erogazione dei servizi previsti per almeno otto ore al giorno, per sei giorni a settimana, dal lunedì al sabato, esclusi i giorni festivi da calendario, per un massimo di 280 giorni all'anno. La frequenza di utilizzo del Centro per ciascun utente potrà essere di 3 o 6 accessi alla settimana, in base a quanto definito nel PAI.

Al Centro diurno per disabili si accede con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS di residenza del paziente, previa redazione del PAI:

- su prescrizione-proposta del MMG;
- per trasferimento da struttura di post-acuzie o dagli ospedali di comunità o da altra struttura territoriale di diverso livello assistenziale con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG.

La presa in carico del paziente deve essere concordata e comunicata dalla struttura, entro 5 giorni lavorativi, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente l'avvenuta presa in carico. Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe). La non frequenza immotivata del centro per periodi superiori ai 10gg. consecutivi equivale alla dimissione volontaria

La durata del trattamento semiresidenziale di mantenimento per trattamenti di lungoassistenza è fissata in base alle condizioni dell'assistito, così come indicato nel PAI redatto dall'UVM, e può essere soggetto a proroga. Al termine del percorso di trattamento assistenziale di mantenimento, in assenza di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo e persistendo il bisogno del paziente di assistenza, questi sarà trasferito in altro setting assistenziale appropriato, preferibilmente di tipo domiciliare, dietro nuova valutazione da parte dell'UVM.

La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo semiresidenziale di mantenimento di Centro diurno deve essere preventivamente autorizzato dall'UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante.

A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 30 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica inderogabilmente la richiesta di proroga alla UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente.

L'UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante provvede alla valutazione della richiesta di prosecuzione del trattamento e a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente.

Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga.

Analoga procedura è attivata in caso di esito negativo alla richiesta di proroga.

Decorsi inutilmente i termini dei 30 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata.

Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe) in sede di verifica dell'appropriatezza che vale fatto salvo il periodo di proroga tacitamente accordato.

Si precisa che, per l'autorizzazione all'ingresso nel Centro diurno disabili, l'UVM si integra o coordina con il Dipartimento di Riabilitazione della ASL competente per l'elaborazione del PRI al fine della condivisione del percorso riabilitativo del paziente.

ART.4

REQUISITI STRUTTURALI GENERALI PER LA RSA DISABILI E IL CENTRO DIURNO SOCIOEDUCATIVO E RIABILITATIVO PER DISABILI

La RSA e il Centro diurno per disabili devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

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

In merito a tali requisiti si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali.

ART.5

REQUISITI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLE RSA DISABILI

5.1 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER LE RSA

Standard dimensionali e strutturali

Gli standard dimensionali sono determinati nelle misure che seguono, tenendo presente che gli standard

rapportati alle persone sono da considerarsi netti, in quanto fanno riferimento a superfici utili per lo svolgimento delle funzioni specifiche:

- a) la superficie totale utile funzionale delle strutture è fissata in un minimo mq 40 per ospite;
- b) per le camere (bagno escluso):
 - minimo mq 12 per una persona;
 - minimo mq 18 per due persone;
- c) le restanti aree di attività e di servizio sono da dimensionarsi nel computo complessivo di 40 mq per ospite di cui alla precedente lettera a);
- d) nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in difetto entro il 15% degli standard di riferimento.

Le porte devono possedere caratteristiche tali da limitare l'ingombro durante l'apertura (P. es. porte scorrevoli, rototraslanti...). Le porte di accesso a camere, bagni o ambienti con spazi di manovra ridotti devono aprire verso l'esterno anche per consentire il soccorso a pazienti in caso di caduta. Quando la porta apre verso vie di fuga o uscite di emergenza il senso di apertura deve essere verso l'esodo. La luce netta della porta deve essere di misura tale da consentire il passaggio di letti con ruote, barelle doccia e carrozzine.

I pavimenti devono avere una superficie antisdrucchiolo e non presentare dislivelli, asperità, sconnessioni e gradini nelle aree utilizzate dai degenti. Nelle aree di transito comuni a degenti e visitatori eventuali dislivelli devono essere eliminati con brevi rampe a bassa pendenza (max 4-5%).

I corridoi devono avere larghezza sufficiente per consentire il transito di carrozzine o barelle e comunque dimensioni e caratteristiche adeguate all'esodo in situazioni di emergenza.

I percorsi esterni non devono presentare buche o sporgenze che li ingombrino così da rendere sicuro il movimento ed il transito delle persone e dei mezzi di trasporto.

Area abitativa

Devono essere presenti camere da 1 o 2 letti. All'interno di ogni camera deve essere garantita:

- la privacy degli ospiti, anche attraverso l'impiego di divisori mobili, l'accesso e il movimento delle carrozzine, l'uso dei sollevatori e il passaggio delle barelle;
- a ciascun posto letto, l'accessibilità contemporanea di due operatori per lato, onde garantire le necessarie manovre assistenziali, nonché la possibilità di trasferimento dei pazienti sia su carrozzina che barella;
- la presenza di bagno attrezzato per la non autosufficienza, con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine e sollevatore, dotato di lavandino, wc con doccia, doccia a pavimento o vasca;
- la presenza di un armadio porta abiti e di un mobile basso (con funzione di comodino, scarpiera) per posto letto. Gli arredi devono essere compatibili con la patologia del paziente;
- TV.

Servizi di nucleo

I seguenti servizi possono servire anche diversi nuclei:

- locale soggiorno/TV/spazio collettivo;
- sala da pranzo anche plurinucleo;
- angolo cottura;
- locale di servizio per il personale con annessi servizi igienici;
- un bagno assistito per immersione totale in posizione supina (dovranno essere garantiti spazi idonei a consentire le manovre al personale di assistenza);
- locale deposito biancheria pulita (articolato per piano per nuclei presenti su più piani);
- locale deposito materiale sporco, con vuotatoio e lavapadelle (articolato per piano per nuclei presenti su più piani);

- locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, etc. (articolato per piano per nuclei presenti su più piani);
- locale attività pedagogico-educativa, addestramento professionale, tempo libero.

Area destinata alla valutazione e alle terapie

Tale area, che deve essere opportunamente individuata e indicata all'interno della struttura, può servire anche diversi nuclei. Devono essere previsti:

- ambulatorio o studio medico attrezzato per visite e valutazioni specifiche di minimo mq 12;
- locale per l'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione;
- palestra con attrezzature e presidi necessari per le specifiche attività riabilitative previste;
- locale per l'attività infermieristica.

Area della socializzazione

Tale area, che deve essere opportunamente individuata e indicata all'interno della struttura, può servire anche diversi nuclei. Devono essere presenti:

- servizi per l'assistenza religiosa e relativo locale;
- locale bar (in alternativa distributori automatici di alimenti e bevande);
- soggiorno polivalente;
- bagni per i visitatori, di cui almeno uno accessibile alle persone con disabilità;
- ove possibile aree verdi attrezzate, e accessibili alle persone con disabilità, all'interno del complesso. L'area verde è obbligatoria per le strutture di nuova realizzazione.

Servizi a richiesta dell'utenza

- locali per servizi al degente (es.: barbiere, parrucchiere, podologo);
- possibilità di servizio lavanderia esterno;

Aree generali e di supporto

Tale area, che deve essere opportunamente individuata e indicata all'interno della struttura, può servire anche diversi nuclei.

Devono essere previsti:

- ingresso con portineria, posta, telefono;
- uffici amministrativi con archivio per la documentazione clinica e amministrativa;
- Sala riunioni;
- cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo sporzionamento);
- lavanderia e stireria (se il servizio è appaltato all'esterno locali per lo stoccaggio);
- servizio di pulizia (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo stoccaggio attrezzi e materiale vario);
- magazzini;
- camera ardente con sala dolenti;
- parcheggio per motoveicoli all'interno del complesso fruibile dai visitatori realizzato ed autorizzato nel rispetto della normativa vigente di settore. In alternativa, laddove possibile, è permesso l'utilizzo

di parcheggi pubblici o privati in convenzione con la struttura per la sosta dei motoveicoli appartenenti ai visitatori.

Tutti i corridoi e le scale devono essere forniti di corrimano.

In caso di strutture a più piani, deve essere presente almeno un ascensore. Le dimensioni dell'ascensore devono essere tali da garantire l'accesso almeno ad una carrozzina e un operatore, e comunque tali da garantire l'accesso di una barella/lettiga.

5.2 REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI PER LE RSA disabili

Tutti gli ambienti delle varie aree e servizi (area abitativa, servizi di nucleo, area destinata alla valutazione e alle terapie, area della socializzazione, aree generali e di supporto) devono essere dotati di impianto di riscaldamento e di condizionamento.

In ogni struttura è presente e accessibile il carrello per la gestione delle emergenze/urgenze, completo di defibrillatore, saturimetro, materiale per l'assistenza respiratoria [pallone AMBU (Assistant Manual Breathing Unit), maschere facciali e orofaringee], sfigmomanometro, fonendoscopio, laccio emostatico, siringhe, materiale per medicazione e farmaci di pronto intervento previsti dalla normativa vigente.

Devono essere presenti:

- letti elettrici articolati ad altezza variabile con sponde e ruote (per tutti i posti letto residenza);
- materassini antidecubito;
- cuscini antidecubito in misura non inferiore ad $\frac{1}{4}$ dei posti letto della struttura;
- sistema di chiamata/allarme;
- sollevatori pazienti elettrici con diverse tipologie di imbragature;
- carrozzine;
- apparecchi per aerosolterapia;
- broncoaspiratori / bronco-aspiratori portatili con sistema a batteria ricaricabile;
- almeno n. 2 poltroncine doccia
- disponibilità di gas medicali.

5.3 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI PER LE RSA DISABILI

Il ruolo di Responsabile sanitario della struttura è affidato a un medico possibilmente specialista in riabilitazione. Per medico specialista in riabilitazione si intende un medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitativa ed equipollenti, ovvero un medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concorsuali, l'accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative così come individuate dal presente regolamento.*

**cfr. Documento "Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione" del 2011*

In caso di assenza o d'impedimento temporanei le funzioni del Responsabile sanitario vengono assunte da un altro medico con le stesse caratteristiche professionali.

Il Responsabile sanitario della RSA disabili deve garantire la presenza per almeno 6 ore settimanali per nucleo da 20 posti letto.

Il medico cui è affidata la direzione sanitaria:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature e degli impianti;
- vigila sulla puntuale osservanza delle norme igienico sanitarie, sulla efficienza e sicurezza dello strumentario e dei locali, sulla validità e corretta applicazione delle metodologie in uso;
- vigila sulla gestione dei farmaci;
- vigila sul rispetto delle norme che regolamentano le incompatibilità del personale;
- garantisce la regolare presenza del personale;
- è responsabile del rispetto del PAI definito dall'UVM competente per ciascun paziente e della sua regolare erogazione;
- è responsabile della registrazione delle cartelle cliniche degli ospiti, del loro aggiornamento periodico e dell'archiviazione;
- vigila sull'aggiornamento formativo dell'équipe della struttura.

Tutto il personale operante nella RSA è in possesso delle necessarie qualificazioni professionali e di idoneo titolo legalmente riconosciuto.

Il personale operante nella struttura deve essere garantito, in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna figura professionale, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente. Il personale operante nella struttura deve avere un rapporto lavorativo di tipo subordinato (tempo indeterminato e determinato) alla diretta dipendenza del titolare della struttura. Il ricorso a contratti a tempo determinato è possibile fino ad un massimo del 20% rispetto al totale del personale in organico, ivi compreso il ricorso a contratti a tempo determinato per sostituzioni di personale a seguito di congedi per maternità, aspettativa o malattia. In caso di assenza superiore a 15 giorni di personale con diritto alla conservazione del posto di lavoro (maternità, infortunio, malattia, aspettativa) è obbligatoria la sostituzione con personale di pari profilo professionale nel rispetto del debito orario richiesto nella sezione "Requisiti specifici organizzativi".

A parziale deroga di quanto innanzi ed esclusivamente per quanto attiene il personale medico (responsabile sanitario e medici specialisti) è consentito il rapporto di tipo libero professionale.

Al legale rappresentante della RSA è fatto divieto di esternalizzare la gestione della struttura a soggetti terzi. Tale divieto non si applica alle RSA a titolarità pubblica, ovvero alle RSA di Aziende Sanitarie Locali, ai sensi dell'art. 9 – bis del D.L.gs. n. 502/92 e s.m.i. relativamente alle sperimentazioni gestionali, e alle RSA di Comuni e di Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP), in riferimento all'appalto del servizio di gestione ai sensi del d.lgs. n.50/2016 e s.m.i.

Le uniche forme possibili di gestione esternalizzata riguardano il servizio mensa, il servizio lavanderia e il servizio di pulizia.

Il personale medico è composto da medici possibilmente specialisti in riabilitazione. Per medico specialista in riabilitazione si intende un medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitativa ed equipollenti, ovvero un medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concorsuali, l'accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative così come individuate dal presente regolamento.*

**cfr. Documento "Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione" del 2011*

In subordine, il personale medico può essere composto da medici inseriti nella graduatoria regionale di medicina generale che non siano titolari di nessun incarico in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale e che non si trovino in situazioni di incompatibilità e conflitto d'interessi ai sensi dell'art. 17 dell'ACN medicina generale vigente.

La struttura trasmette annualmente l'elenco della dotazione organica alla competente Sezione regionale opportunamente dettagliato, specificando per ciascun nucleo i nominativi degli operatori, la qualifica professionale, il titolo di studio, la data di assunzione e la tipologia del contratto con il debito orario.

Per ogni utente è:

- redatto il Piano Assistenziale Individuale;
- compilata la cartella clinica che deve contenere i dati relativi al paziente (anagrafici, operatori di riferimento, diagnosi, valutazione sociale), il PAI, il dettaglio delle attività effettuate da ciascun operatore, i risultati degli strumenti di valutazione utilizzati, le verifiche con l'indicazione dei risultati raggiunti e la motivazione della chiusura del programma; in cartella sono registrate le eventuali assenze dell'utente dalla struttura, con la relativa motivazione.

L'organizzazione garantisce all'ospite:

- prestazioni di tipo alberghiero comprendenti alloggio, vitto rapportati alle particolari condizioni degli ospiti;
- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose;
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione;
- prestazioni infermieristiche;
- prestazioni riabilitative;
- prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;
- prestazioni di prevenzione della sindrome da immobilizzazione con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto;
- attività di animazione, attività occupazionale, ricreativa di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine; le autonomie e la partecipazione familiare e sociale sono favorite utilizzando anche le risorse del contesto territoriale in cui è ubicata la struttura, comprese le associazioni di volontariato;
- prestazioni per la cura personale (es.: barbiere, parrucchiere, lavanderia) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- E' gradita l'assistenza religiosa e spirituale favorendo la presenza di diversi assistenti religiosi a seconda della confessione degli ospiti.

Le prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagini, farmaceutiche, di assistenza protesica, di fornitura di dispositivi medici monouso, le visite specialistiche e le prestazioni odontoiatriche, sebbene non erogate dalla struttura, sono assicurate agli ospiti attraverso i servizi della ASL.

Un eventuale peggioramento delle condizioni cliniche del paziente che determini la necessità di ricovero ospedaliero per acuzie determinerà l'attivazione del servizio territoriale di emergenza.

La struttura redige la carta dei servizi, da consegnare agli ospiti e ai familiari di riferimento al momento dell'ingresso. Il documento deve specificare:

- la mission;
- la dotazione del personale con le rispettive attribuzioni/compiti;
- le norme igienico sanitarie;
- le finalità ed i metodi di cura/riabilitativi/assistenziali;
- l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo sia agli orari dei pasti e delle visite che alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- l'indicazione delle modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal SSR;
- le modalità di raccolta dei reclami e/o dei suggerimenti per il miglioramento della qualità della struttura.

È garantita alla famiglia una adeguata informazione e partecipazione nonché specifica formazione prima del rientro del paziente nel proprio ambiente di vita.

Il sistema di archiviazione delle cartelle cliniche deve consentire un rapido accesso ai dati.

Le strutture assolvono al debito informativo nei confronti della Regione, delle ASL e delle UVARP anche attraverso l'adesione al Sistema Informativo per l'Assistenza Residenziale, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

ART.6

REQUISITI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DEL CENTRO DIURNO SOCIOEDUCATIVO E RIABILITATIVO PER DISABILI

Il centro può configurarsi come entità edilizia autonoma o come spazio aggregato ad altre strutture fermi restando gli specifici requisiti previsti per ciascuna struttura. E' localizzato in ogni caso in centro abitato e facilmente raggiungibile con mezzi pubblici.

6.1 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DEL CENTRO DIURNO PER DISABILI

La struttura deve, in ogni caso, garantire:

- un ambiente sicuro e protesico per l'utenza a cui il Centro fa riferimento
- congrui spazi destinati alle attività, non inferiori a complessivi 250 mq per 30 utenti, inclusi i servizi igienici e le zone ad uso collettivo;
- zone ad uso collettivo, suddivisibili anche attraverso elementi mobili, per il ristoro, le attività di socializzazione e ludico-motorie con possibilità di svolgimento di attività individualizzate;
- una zona riposo distinta dagli spazi destinati alle attività, con almeno una camera con n. 2 posti letto per il sollievo per la gestione delle emergenze;
- autonomi spazi destinati alla preparazione e alla somministrazione dei pasti, in caso di erogazione del servizio;
- spazio amministrativo;
- linea telefonica abilitata a disposizione degli/le utenti;
- servizi igienici attrezzati:
 - 2 bagni per ricettività fino a 20 posti, di cui uno destinato alle donne;
 - 3 bagni per ricettività oltre 20 posti, di cui uno riservato in rapporto alla ricettività preventiva uomini/donne.
- un servizio igienico per il personale.

Tutti i servizi devono essere dotati della massima accessibilità.

6.2 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO DIURNO per disabili

Il ruolo di Responsabile sanitario del Centro diurno è affidato ad un medico specialista in riabilitazione. Per medico specialista in riabilitazione si intende un medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitativa ed equipollenti, ovvero un medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concorsuali, l'accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative così come individuate dal presente regolamento.*

**cfr. Documento "Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione" del 2011*

In caso di assenza o d'impedimento temporanei le funzioni del Responsabile sanitario vengono assunte da un altro medico con le stesse caratteristiche professionali.

Il Responsabile sanitario del Centro diurno deve garantire la presenza per almeno 4 ore settimanali.

Il medico cui è affidata la direzione sanitaria:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature e degli impianti;
- vigila sulla puntuale osservanza delle norme igienico sanitarie, sulla efficienza e sicurezza dello strumentario e dei locali, sulla validità e corretta applicazione delle metodologie in uso;
- vigila sulla gestione dei farmaci;
- vigila sul rispetto delle norme che regolamentano le incompatibilità del personale;
- garantisce la regolare presenza del personale;
- è responsabile della predisposizione del PAI per ciascun paziente e della regolare erogazione;
- è responsabile della registrazione delle cartelle cliniche degli ospiti, del loro aggiornamento periodico e dell'archiviazione;
- vigila sull'aggiornamento formativo dell'équipe della struttura.

Tutto il personale operante nel Centro diurno è in possesso delle necessarie qualificazioni professionali e di idoneo titolo legalmente riconosciuto.

Il personale operante nella struttura deve essere garantito, in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna figura professionale, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente. Il personale operante nella struttura deve avere un rapporto lavorativo di tipo subordinato (tempo indeterminato e determinato) alla diretta dipendenza del titolare della struttura. Il ricorso a contratti a tempo determinato è possibile fino ad un massimo del 20% rispetto al totale del personale in organico, ivi compreso il ricorso a contratti a tempo determinato per sostituzioni di personale a seguito di congedi per maternità, aspettativa o malattia. In caso di assenza superiore a 15 giorni di personale con diritto alla conservazione del posto di lavoro (maternità, infortunio, malattia, aspettativa) è obbligatoria la sostituzione con personale di pari profilo professionale nel rispetto del debito orario richiesto nella sezione "Requisiti specifici organizzativi". A parziale deroga di quanto innanzi ed esclusivamente per quanto attiene il personale medico (responsabile sanitario e medici specialisti) è consentito il rapporto di tipo libero professionale.

Al legale rappresentante del Centro diurno è fatto divieto di esternalizzare la gestione della struttura a soggetti terzi. Tale divieto non si applica ai Centri diurni a titolarità pubblica, ovvero ai Centri diurni di Aziende Sanitarie Locali, ai sensi dell'art. 9 – bis del D.L.gs. n. 502/92 e s.m.i. relativamente alle sperimentazioni gestionali, e ai Centri diurni di Comuni e di Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP), in riferimento all'appalto del servizio di gestione ai sensi del d.lgs. n.50/2016 e s.m.i.

Le uniche forme possibili di gestione esternalizzata riguardano il servizio mensa e il servizio di pulizia.

Il personale medico è composto da medici possibilmente specialisti in riabilitazione.

In subordine, il personale medico può essere composto da medici inseriti nella graduatoria regionale di medicina generale che non siano titolari di nessun incarico in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale e che non si trovino in situazioni di incompatibilità e conflitto d'interessi ai sensi dell'art. 17 dell'ACN medicina generale vigente.

La struttura trasmette annualmente l'elenco della dotazione organica alla competente Sezione regionale opportunamente dettagliato, specificando per ciascun nucleo i nominativi degli operatori, la qualifica professionale, il titolo di studio, la data di assunzione e la tipologia del contratto con il debito orario. E' fatto divieto di utilizzare il personale a servizio di più nuclei, fatta esclusione per il raggiungimento del requisito del tempo pieno.

Per ogni utente è:

- redatto il Piano Assistenziale Individuale;
- compilata la cartella clinica che deve contenere i dati relativi al paziente (anagrafici, operatori di riferimento, diagnosi, valutazione sociale), il PAI, il dettaglio delle attività effettuate da ciascun operatore, i risultati degli strumenti di valutazione utilizzati, le verifiche con l'indicazione dei risultati raggiunti e la motivazione della chiusura del programma; in cartella sono registrate le eventuali assenze dell'utente dalla struttura, con la relativa motivazione.

L'organizzazione garantisce all'ospite:

- prestazioni di tipo alberghiero comprendenti il vitto e uno spazio riposo rapportati alle particolari condizioni degli ospiti;
- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose;
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione;
- prestazioni infermieristiche;
- prestazioni riabilitative;
- prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;
- attività di animazione, attività occupazionale, ricreativa di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine; le autonomie e la partecipazione familiare e sociale sono favorite utilizzando anche le risorse del contesto territoriale in cui è ubicata la struttura, comprese le associazioni di volontariato;

La struttura redige la carta dei servizi, da consegnare agli ospiti e ai familiari di riferimento al momento dell'ingresso. Il documento deve specificare:

- la mission;
- la dotazione del personale con le rispettive attribuzioni/compiti;
- le norme igienico sanitarie;
- le finalità ed i metodi di cura/riabilitativi/assistenziali;
- l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo sia agli orari dei pasti che alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- l'indicazione delle modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal SSR;
- le modalità di raccolta dei reclami e/o dei suggerimenti per il miglioramento della qualità della struttura.

È garantita alla famiglia una adeguata informazione e partecipazione nonché specifica formazione prima del rientro del paziente nel proprio ambiente di vita.

Il sistema di archiviazione delle cartelle cliniche deve consentire un rapido accesso ai dati.

Le strutture assolvono al debito informativo nei confronti della Regione, delle ASL e delle UVARP anche attraverso l'adesione al Sistema Informativo per l'Assistenza Residenziale, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

ART.7

REQUISITI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

7.1 REQUISITI SPECIFICI STRUTTURALI DELLE RSA E DEL CENTRO DIURNO PER DISABILI

Ai requisiti previsti rispettivamente nell'art. 5.1 e 6.1 "*Requisiti minimi strutturali*" sono richiesti i seguenti ulteriori requisiti:

- a) nel caso in cui il servizio di vitto sia a gestione diretta (preparazione in loco), la cucina deve essere strutturata

e dimensionata in relazione al numero di pasti da preparare/confezionare e suddivisa in settori/aree lavoro o locali secondo la normativa vigente al fine di garantire un'adeguata e corretta gestione del processo. La cucina e i locali annessi (servizi igienici, deposito/dispensa, ecc.) devono inoltre rispettare i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di igiene alimentare (Reg. CE 852/04 e s.m.i.);

b) nel caso in cui il servizio di vitto sia garantito con pasti veicolati, deve/devono essere presente/i uno o più locali (a seconda del numero dei pasti veicolati) di adeguate dimensioni, dedicato/i alla loro ricezione, alla conservazione, alla eventuale porzionatura (ove prevista), nonché al lavaggio della stoviglieria e dei contenitori di trasporto; nel locale devono essere presenti attrezzature per la corretta conservazione a caldo e/o a freddo degli alimenti, nonché le attrezzature necessarie per garantire la preparazione estemporanea di generi alimentari di conforto. Il locale deve inoltre rispettare i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di igiene alimentare (Reg. CE 852/04 e s.m.i.).

7.2 REQUISITI SPECIFICI TECNOLOGICI DELLE RSA DISABILI

Sono confermati i requisiti descritti nell'art. 5.2 *Requisiti minimi tecnologici*

7.3 REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI DELLE RSA DISABILI

È garantita, per ogni paziente, la predisposizione del Piano Assistenziale Individuale con gli specifici programmi e i tempi di realizzazione previsti, ivi compresi la formazione del caregiver e la presa in carico del nucleo familiare (*informazione/formazione/empowerment/riduzione carico emozionale*).

E' garantita la presenza di:

medico responsabile della struttura;

- assistenti sociali;
- infermieri;
- terapisti della riabilitazione;
- educatori professionali o terapisti occupazionali;
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.

La RSA disabili che prepara e/o somministra pasti attraverso una gestione diretta o affidamento esterno deve:

a) adottare una tabella dietetica contenente indicazioni relative ai menù, alle grammature, nonché alle tecniche di preparazione e cottura degli alimenti, validata dal Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione della ASL territorialmente competente;

b) avvalersi una figura professionale interna o esterna (Medico specialista in Scienze dell'alimentazione, Dietista, Biologo Nutrizionista, Tecnologo Alimentare) al fine di consentire alla direzione sanitaria la valutazione dello stato nutrizionale dei pazienti e la definizione delle relative tabelle dietetiche.

c) Il personale addetto alla preparazione e/o somministrazione del vitto deve essere formato, in relazione al tipo di attività svolta, sui temi della sicurezza alimentare e della nutrizione per le persone disabili e delle diete personalizzate da seguire in relazione alle differenti patologie.

Di seguito è riportato lo standard organizzativo minimo distinto per RSA disabili in condizioni di gravità - nucleo di tipo A e RSA disabili con moderato impegno assistenziale o disabili privi di sostegno familiare - nucleo di tipo B.

7.3.1 Requisiti specifici organizzativi per RSA disabili- nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di tipo A per disabili in condizioni di gravità

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale di n.1 nucleo da 20 posti letto. In presenza di un numero di nuclei superiori a 1, lo standard di personale di un nucleo è moltiplicato per il numero di nuclei autorizzati. In presenza di nuclei con numero di posti letto inferiori a 20, il personale è rapportato al numero dei posti, fermo restando il rispetto della presenza dell'infermiere professionale e dell'operatore socio sanitario nell'arco delle 24 ore.

NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO A PER PERSONE DISABILI GRAVI DA 20 POSTI LETTO	CODICE RD3
FUGURE PROFESSIONALI	N.UNITA'*
RESPONSABILE SANITARIO	6 ore sett.
INFERMIERE PROFESSIONALE	3
OSS H 24	5
FISIOTERAPISTA/LOGOPEDISTA	18 ore sett.
EDUCATORE PROFESSIONALE O TERAPISTA OCCUPAZIONALE	18 ore sett.
ASSISTENTE SOCIALE	4 ore sett.

Le figure professionali sono espresse in unità di lavoro a tempo pieno

1 unità di medico = 38 ore sett.

1 unità di altre figure professionali = 36 ore sett.

Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana

Il personale riportato in tabella s'intende personale in organico, come rilevabile dalla documentazione obbligatoria in materia di lavoro.

La struttura dovrà garantire l'accesso di ogni altro specialista dipendente o convenzionato della ASL territorialmente competente secondo le specifiche esigenze dei pazienti presenti.

I professionisti sanitari della riabilitazione devono essere in possesso di idoneo titolo (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741– D.M. 27 luglio 2000; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742 – D.M. 27 luglio 2000; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n.136 – D.M. 27 luglio 2000; educatore professionali ex D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 – D.M. 27 luglio 2000)

In riferimento agli educatori professionali in servizio nella struttura alla data di entrata in vigore del presente regolamento, si rinvia a quanto previsto dall'art. 46 del R.R. n. 4/2007 per quanto compatibile con la normativa nazionale e regionale in materia di professioni sociosanitarie.

Ferma restando la dotazione organica relativa agli OSS, stabilita nella tabella di cui innanzi in misura pari a n. 5 unità per ogni modulo da 20 posti letto, nelle strutture con più moduli l'organico complessivo del personale OSS è utilizzato in funzione delle necessità assistenziali unitarie della struttura assicurando comunque la copertura durante il turno di notte di n. 1 OSS su 40 pazienti.

Oltre allo standard di infermiere professionale riportato nella tabella, deve essere garantita la presenza di n. 1 unità infermieristica in possesso di attestato di BLSD durante il turno notturno all'interno della struttura. L'infermiere professionale che garantisce il turno di notte vigila anche sui pazienti ospitati negli altri nuclei di mantenimento e/o nuclei estensivi eventualmente presenti nella struttura.

Il costo dell'infermiere professionale che garantisce il turno di notte nella struttura sarà compreso nei costi generali da calcolarsi ai fini della determinazione della tariffa. Per le strutture costituite da più nuclei di mantenimento e/o nuclei estensivi, per i nuclei successivi al primo il costo relativo all'infermiere viene convertito in maggiori ore di prestazioni assistenziali da parte di OSS da erogarsi nel corso delle 24 ore. Resta ferma la facoltà per la struttura di garantire la presenza di n. 1 infermiere di notte per nucleo.

7.3.2 Requisiti specifici organizzativi per RSA disabili - nucleo di assistenza residenziale mantenimento di tipo B per disabili con moderato impegno assistenziale o disabili privi di sostegno familiare

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale di n.1 nucleo da 20 posti letto. In presenza di un numero di nuclei superiori a 1, lo standard di personale di un nucleo è moltiplicato per il numero di nuclei autorizzati. In presenza di nuclei con numero di posti letto inferiori a 20, il personale è rapportato al numero dei posti, fermo restando il rispetto della presenza dell'operatore socio sanitario nell'arco delle 24 ore.

NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO B PER PERSONE DISABILI NON GRAVI O PRIVI DEL SOSTEGNO FAMILIARE DA 20 POSTI LETTO	CODICE RD4
FUGURE PROFESSIONALI	N.UNITA'*
RESPONSABILE SANITARIO	3 ore sett.
FISIOTERAPISTA/LOGOPEDISTA	9 ore sett.
INFERMIERE PROFESSIONALE	1
OSS presenza h 24	5
EDUCATORE PROFESSIONALE O TERAPISTA OCCUPAZIONALE	18 ore sett.
ASSISTENTE SOCIALE	4 ore sett.

Le figure professionali sono espresse in unità di lavoro a tempo pieno;

1unità di medico = 38 ore sett.

1unità di altre figure professionali = 36 ore sett.

Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana

Il personale riportato in tabella s'intende personale in organico, come rilevabile dalla documentazione obbligatoria in materia di lavoro.

La struttura dovrà garantire l'accesso di ogni altro specialista dipendente o convenzionato della ASL territorialmente competente secondo le specifiche esigenze dei pazienti presenti.

I professionisti sanitari della riabilitazione devono essere in possesso di idoneo titolo (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741– D.M. 27 luglio 2000; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742 – D.M. 27 luglio 2000; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n.136 – D.M. 27 luglio 2000; educatore professionali ex D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 – D.M. 27 luglio 2000)

In riferimento agli educatori professionali in servizio nella struttura alla data di entrata in vigore del presente regolamento, si rinvia a quanto previsto dall'art. 46 del R.R. n. 4/2007 per quanto compatibile con la normativa nazionale e regionale in materia di professioni sociosanitarie.

Ferma restando la dotazione organica relativa agli OSS, stabilita nella tabella di cui innanzi in misura pari a n.

5 unità per ogni modulo da 20 posti letto, nelle strutture con più moduli l'organico complessivo del personale OSS è utilizzato in funzione delle necessità assistenziali unitarie della struttura assicurando comunque la copertura durante il turno di notte di n. 1 OSS su 40 pazienti.

7.4 REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO DIURNO SOCIOEDUCATIVO E RIABILITATIVO PER DISABILI

È garantita, per ogni paziente, la predisposizione del Piano Assistenziale Individuale con gli specifici programmi e i tempi di realizzazione previsti, ivi compresi la formazione del caregiver e la presa in carico del nucleo familiare (*informazione/formazione/empowerment/riduzione carico emozionale*).

E' garantita la presenza di:

- medico specialista con funzione di responsabile sanitario;
- psicologo;
- terapeuta della riabilitazione;
- educatori professionali/terapisti occupazionali;
- operatore socio-sanitario dedicati all'assistenza.

La RSA disabili che prepara e/o somministra pasti attraverso una gestione diretta o affidamento esterno deve:

a) adottare una tabella dietetica contenente indicazioni relative ai menù, alle grammature, nonché alle tecniche di preparazione e cottura degli alimenti, validata dal Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione della ASL territorialmente competente;

b) avvalersi una figura professionale interna o esterna (Medico specialista in Scienze dell'alimentazione, Dietista, Biologo Nutrizionista, Tecnologo Alimentare) al fine di consentire alla direzione sanitaria la valutazione dello stato nutrizionale dei pazienti e la definizione delle relative tabelle dietetiche.

c) Il personale addetto alla preparazione e/o somministrazione del vitto deve essere formato, in relazione al tipo di attività svolta, sui temi della sicurezza alimentare e della nutrizione per le persone disabili e delle diete personalizzate da seguire in relazione alle differenti patologie.

Di seguito è riportato lo standard organizzativo minimo del Centro diurno disabili.

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale per 30 posti; per nuclei con numero di posti inferiori a 30, il personale è rapportato al numero dei posti.

NUCLEO DI ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI DA 30 POSTI	
	N.UNITA'*
FUGURE PROFESSIONALI	
RESPONSABILE SANITARIO	4 ore sett.
MEDICO SPECIALISTA	4 ore sett.
FISIOTERAPISTA/LOGOPEDISTA	1
OSS	2
EDUCATORE PROFESSIONALE/TERAPISTA OCCUPAZIONALE	6

PSICOLOGO	4 ore sett.
ASSISTENTE SOCIALE	18 ore sett.

**1unità di medico = 38 ore sett.*

1unità di altre figure professionali = 36 ore sett.

Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana

Il personale riportato in tabella s'intende personale in organico, come rilevabile dalla documentazione obbligatoria in materia di lavoro.

I professionisti sanitari della riabilitazione devono essere in possesso di idoneo titolo (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741– D.M. 27 luglio 2000; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742 – D.M. 27 luglio 2000; terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56 – D.M. 27 luglio 2000; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n.136 – D.M. 27 luglio 2000; educatore professionali ex D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 – D.M. 27 luglio 2000)

In riferimento agli educatori professionali in servizio nella struttura alla data di entrata in vigore del presente regolamento, si rinvia a quanto previsto dall'art. 46 del R.R. n. 4/2007 per quanto compatibile con la normativa nazionale e regionale in materia di professioni socio-sanitarie.

ART.8

REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO DELLA RSA DISABILI E DEL CENTRO DIURNO SOCIOEDUCATIVO E RIABILITATIVO PER DISABILI

Il presente capo disciplina i requisiti che le RSA e i Centri diurni devono possedere per accedere all'accreditamento istituzionale.

I requisiti sono formulati nel rispetto dei principi di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni e sulla base degli indirizzi contenuti negli atti di programmazione nazionale e regionale e degli indirizzi contenuti nella Deliberazione di Giunta regionale 23 aprile 2013, n. 775.

8.1 OBIETTIVO 1 - SISTEMA DI GESTIONE

8.1.1. Politica, obiettivi e piano di attività.

La direzione della struttura provvede alla definizione delle politiche complessive ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi che per la qualità delle prestazioni per le quali intende accedere all'accreditamento istituzionale.

Per esplicitare le politiche complessive, gli obiettivi e le relative modalità di realizzazione, la direzione adotta un documento in cui sono riportati:

- a) la missione e cioè la ragione d'essere della organizzazione ed i valori cui si ispira;
- b) i campi prioritari di azione ed i metodi da adottare per raggiungere gli obiettivi che devono:
 - 1) essere articolati nel tempo;
 - 2) risultare congruenti con gli obiettivi previsti nei documenti di programmazione sanitaria regionale.

La direzione della struttura deve coinvolgere nella elaborazione del documento tutte le articolazioni organizzative al fine di garantirne la forte condivisione dei contenuti.

La direzione della struttura deve altresì tenere in considerazione le indicazioni provenienti da associazioni e comitati e i suggerimenti raccolti direttamente dagli utenti attraverso comunicazioni, interviste, questionari, reclami.

La direzione deve esplicitare a tutte le articolazioni organizzative interessate gli obiettivi e le funzioni ad esse assegnate.

8.1.2. Obiettivi della struttura

Gli obiettivi della struttura devono tenere in considerazione i seguenti elementi:

- a) la valutazione dei bisogni e della domanda;
- b) il soddisfacimento del cittadino-utente in conformità alle norme e all'etica professionale;
- c) il continuo miglioramento del servizio;
- d) l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni di servizio.

8.1.3. Obiettivi generali

Gli obiettivi generali sono commisurati al lungo periodo di quattro anni e devono:

- a) essere stabiliti sia per quanto riguarda la tipologia dei servizi che la qualità delle prestazioni che si intendono erogare;
- b) essere congruenti con le risorse specificamente assegnate;
- c) essere compatibili con gli impegni che la direzione della struttura è in grado di sostenere per garantirne il raggiungimento;
- d) essere motivati (sulla base del bisogno, della domanda o di un mandato).

8.1.4. Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici costituiscono la base della pianificazione economica operativa della struttura e hanno la caratteristica di essere improntati sul medio e breve periodo.

Gli obiettivi specifici devono coniugare realisticamente i volumi di attività previsti, le risorse disponibili, le iniziative programmate di adeguamento delle risorse, le attività di miglioramento e i risultati attesi in termini di efficacia e di efficienza delle prestazioni.

Essi debbono inoltre:

- a) essere inseriti in un piano di attività in cui sono chiaramente identificate le responsabilità per la loro attuazione;
- b) essere misurabili;
- c) assoggettati a scadenze (inizio e fine delle attività connesse);
- d) essere articolati nel tempo;
- e) essere sottoposti a valutazione periodica per verificare in quale misura sono stati raggiunti.

Il piano di attività deve, in particolare, comprendere:

- a) la tipologia ed il volume di attività erogabili, in rapporto alle risorse strutturali, tecnologiche ed umane presenti nella struttura ed ai limiti di spesa fissati a livello regionale e locale;
- b) le modalità di erogazione del servizio;
- c) l'organigramma con il quale sono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo, definite le loro funzioni;
- d) l'assegnazione di specifiche responsabilità durante le varie fasi previste per il raggiungimento degli obiettivi specifici, comprese quelle inerenti alle revisioni o modifiche del piano stesso durante la sua realizzazione;
- e) le specifiche procedure documentate o le istruzioni da applicare;
- f) il metodo, le scadenze e gli strumenti, indicatori, per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici;
- g) eventuali nuove iniziative previste per conseguire gli obiettivi specifici.

Il documento della struttura deve essere datato, firmato dalla direzione e riesaminato dalla stessa a intervalli prestabiliti, almeno ogni quattro anni, in modo da assicurarne la continua adeguatezza alle linee di indirizzo, l'efficacia a generare eventuali cambiamenti strutturali ovvero organizzativi, la idoneità in riferimento alle risorse specificamente assegnate.

8.1.5. Diffusione - Condivisione - Motivazione

Per garantire la comprensione, la condivisione o il rispetto degli obiettivi contenuti nel documento emesso dalla direzione della struttura esso deve essere reso disponibile al personale coinvolto direttamente o indirettamente nella erogazione del servizio, affinché tutte le attività possono essere riferite agli indirizzi che vi sono espressi.

La direzione della struttura deve sostenere la politica, gli obiettivi e il piano di attività espressi nel documento, garantendo la disponibilità delle risorse e dei mezzi necessari e assicurandosi, mediante iniziative specifiche, che il personale coinvolto lo sostenga, lo comprenda e lo attui, tenuto conto che in un'organizzazione che eroga servizi, le singole persone costituiscono una risorsa molto importante e il comportamento e le prestazioni influiscono direttamente sulla qualità dei servizi erogati.

Per migliorare la motivazione del personale, la sua crescita, la sua capacità relazionale, la qualità delle prestazioni erogate, la direzione deve assumersi la responsabilità o designare un proprio delegato, se le dimensioni o la complessità della struttura lo richiedono, di:

- a) predisporre un ambiente di lavoro che stimola il miglioramento e consolida i rapporti di collaborazione;
- b) assicurare che siano ben compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;
- c) curare che tutti siano consapevoli di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito al cittadino-utente;
- d) verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza nella misurazione;
- e) accertare periodicamente la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio;
- f) raccogliere suggerimenti, proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza, efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;
- g) verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza alla organizzazione.

8.1.6. Risorse umane

Nelle organizzazioni sanitarie e sociosanitarie il personale rappresenta un elemento primario nei vari processi di produzione ed erogazione di prestazioni e servizi. Le attività sanitarie, per loro natura, non sono sempre standardizzabili in quanto l'ambito discrezionale del contributo professionale è sempre presente in relazione al livello di responsabilità ed in grado quindi di influenzare il risultato, quando il contributo professionale ai processi produttivi di una organizzazione rappresenta una variabile così rilevante, la sua gestione assume inevitabilmente valenza strategica. Di conseguenza, la scelta di professionalità adeguate e gli strumenti necessari per gestirle, rappresentano un aspetto molto rilevante per l'organizzazione dei servizi.

I requisiti di carattere generale cui devono attenersi i soggetti titolari delle strutture oggetto del presente regolamento sono:

il personale con rapporto di dipendenza deve garantire la continuità delle prestazioni, la gestione delle situazioni a rischio ed il regolare svolgimento dei diversi compiti di assistenza previsti, con l'adozione di un documento che riporta:

- 1) il fabbisogno del personale a rapporto di dipendenza definito sulla base dei volumi, delle tipologie delle attività e di quanto previsto nell'ambito dei requisiti specifici contenuti negli articoli seguenti del presente regolamento, per ciascuna tipologia di attività;
- 2) la dotazione del personale a rapporto di dipendenza in servizio suddiviso per ruolo, profilo professionale e posizione funzionale, nonché la dotazione di personale in servizio con altra tipologia di rapporto di lavoro;

- 3) il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale impiegato;
- 4) il possesso da parte del personale sanitario a rapporto di dipendenza - medico, psicologo, infermieristico, tecnico della riabilitazione e socio-sanitario dei requisiti di accesso che devono risultare identici a quelli richiesti per l'accesso al SSN;
- 5) la corretta applicazione, nei confronti del personale, dei contratti collettivi nazionali di lavoro di categoria.

La programmazione dell'eventuale avvicendamento del personale deve essere tale da assicurare la continuità relazionale e la presenza di referenti per singoli pazienti.

8.1.7. Controllo del sistema per misurazioni

Procedure per il controllo e adeguamento del sistema di misurazione del servizio sono previste per provare validità e affidabilità di tutte le misure incluse inchieste e questionari di soddisfazione dell'utente.

La struttura prevede punti di misura e frequenze di misurazione per la rappresentazione dell'andamento nel tempo e stabilisce le responsabilità della misurazione.

Sono redatte procedure o istruzioni sui dati da raccogliere, indicando come, dove e da chi sono rilevati e quale modulistica è utilizzata per la registrazione.

8.1.8. Miglioramento della qualità

La qualità è una caratteristica essenziale ed indispensabile dell'assistenza sanitaria, un diritto di ogni paziente e di ogni comunità, un obiettivo prioritario, specialmente in situazioni di risorse limitate e restrizioni economiche.

Il fine prioritario della politica sanitaria della Regione Puglia è la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, in termini di equità, d'accesso, umanizzazione delle cure, gestione del rischio clinico, qualità della vita, soddisfazione dell'utente e uso appropriato delle risorse, anche sulla base di rapporti costi-efficacia.

Una valutazione sistematica e rigorosa dell'assistenza è legittima per verificare se le risorse sono utilizzate in maniera appropriata e fornire la migliore qualità possibile dell'assistenza sanitaria.

I soggetti pubblici e privati hanno la responsabilità di garantire e migliorare sistematicamente la buona qualità dell'assistenza fornita ai pazienti, attraverso adeguate politiche di miglioramento. Le attività di miglioramento continuo della qualità sono definite come "insieme di attività e di misurazioni integrate e progettate ai vari livelli nell'organizzazione sanitaria, che tende a garantire ed a migliorare di continuo la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti". Queste azioni riguardano l'insieme del processo assistenziale, dall'identificazione del bisogno sanitario agli esiti delle cure prestate. Il miglioramento della qualità è considerato un processo continuo attraverso il quale gli aspetti importanti dell'assistenza sono monitorati e migliorati se necessario e le novità selezionate continuamente. Per garantire e migliorare l'assistenza sanitaria è necessario valutare di continuo se l'assistenza al paziente risponde a criteri di qualità, per mantenere una buona qualità laddove esiste, identificando attraverso il confronto fra produttori, le buone pratiche ed applicando nella pratica i risultati della ricerca clinica e la valutazione delle tecnologie, attraverso linee guida e raccomandazioni basate sull'evidenza.

Gli aspetti della struttura, dei processi e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) sono valutati e migliorati se necessario. Le opinioni dei soggetti coinvolti, operatori

sanitari, pazienti, finanziatori, autorità, sulla buona qualità dell'assistenza sanitaria sono incluse nelle attività di valutazione e miglioramento della qualità.

La valutazione delle tecnologie è strumento per la misurazione dell'efficacia dei metodi dell'assistenza sanitaria. Oggetto di valutazione sono sia i metodi nuovi, sia quelli conosciuti da tempo e stabilizzati di prevenzione, diagnosi e terapia.

La valutazione interna, il miglioramento ed il mantenimento della buona qualità si completano con la valutazione esterna, che deve essere parallela e di supporto alla valutazione interna ed al miglioramento. Nel creare le condizioni per il miglioramento della qualità del servizio, occorre:

- a) incoraggiare e sostenere uno stile direzionale che sia d'aiuto;
- b) promuovere i valori, gli atteggiamenti ed i comportamenti che incoraggiano il miglioramento;
- c) definire chiari traguardi per il miglioramento della qualità;
- d) incoraggiare una comunicazione efficace e il lavoro di gruppo;
- e) riconoscere i successi ed i risultati ottenuti;
- f) formare ed addestrare per il miglioramento.

Attraverso la pianificazione e il coinvolgimento del personale operativo si persegue il miglioramento con l'identificazione e la segnalazione di servizi o di situazioni diverse dal pianificato di modo che diventino dovere e responsabilità d'ogni membro della struttura.

La struttura attua azioni preventive per l'eliminazione o la riduzione della ricorrenza del problema.

Le condizioni necessarie per attivare il miglioramento della qualità richiedono valori, atteggiamenti nuovi, comportamenti condivisi, che si estrinsecano in:

- a) focalizzazione sul soddisfacimento dei bisogni degli utenti, sia interni che esterni;
- b) coinvolgimento di tutte le articolazioni organizzative della struttura nel miglioramento della qualità;
- c) dimostrazione dell'impegno, ruolo guida e coinvolgimento della direzione;
- d) enfaticizzazione sul miglioramento come parte del lavoro di ognuno, in gruppo o individuale;
- e) facilitazione alla comunicazione aperta e all'accesso a dati ed informazioni;
- f) promozione del lavoro di gruppo e del rispetto per l'individuo;
- g) assunzione delle decisioni sulla base dell'analisi dei dati.

Le attività di miglioramento della qualità del servizio sono mirate al conseguimento di miglioramenti nel breve e lungo termine e comprendono:

- a) l'identificazione dei dati pertinenti da raccogliere;
- b) l'analisi dei dati, dando priorità a quelle attività aventi il maggior impatto negativo sulla qualità del servizio;
- c) le informazioni di ritorno, sui risultati delle analisi verso la direzione della struttura con raccomandazioni per il miglioramento immediato del servizio.

8.1.9. Obiettivi del miglioramento

Gli obiettivi del miglioramento sono specificati per ogni articolazione organizzativa, e sono strettamente integrati con gli obiettivi generali definiti dalla direzione della struttura, tenendo conto della soddisfazione dell'utente e dell'efficacia ed efficienza dei processi.

Gli obiettivi del miglioramento sono:

- a) misurabili nella realizzazione;
- b) assoggettati a scadenza;
- c) chiaramente comprensibili;
- d) pertinenti.

Le strategie per raggiungere gli obiettivi di cui sopra sono compresi e concordati da coloro che lavorano insieme per raggiungerli, oltre che riveduti e rispondenti i cambiamenti d'aspettativa dell'utenza.

I responsabili dei piani di miglioramento predispongono una metodologia di lavoro, mirata all'efficienza e all'efficacia del complesso di attività di servizio delle strutture.

I responsabili stimolano la partecipazione del personale ad ogni livello attraverso suggerimenti, attività e programmi di miglioramento continuo tecnico, organizzativo con riduzione dei costi. Ogni risorsa umana delle varie articolazioni operative, se coinvolta, può presentare proposte valide, frutto dell'esperienza diretta.

8.1.10. Metodologia di raccolta suggerimenti utenti

La valutazione dell'utente è la misura finale della qualità di un servizio, essa può essere immediata, ritardata o retrospettiva e spesso è l'unico elemento di giudizio di un utente sul servizio ricevuto.

La struttura effettua valutazioni e misurazioni continue della soddisfazione dell'utente, focalizzando su quanto i requisiti del servizio (comprese le modalità di erogazione) soddisfano le esigenze dell'utenza. A tal fine la struttura predispone, almeno una volta l'anno, una raccolta (questionari, sondaggi, indagini) sul grado di soddisfazione degli utenti per tenerne conto in sede di pianificazione dei programmi per il miglioramento del servizio.

8.1.11. Metodologie di confronto con comitati od associazioni

Il miglioramento della qualità prevede programmi dedicati a raccogliere dati, suggerimenti ed idee innovative da realtà esterne e rappresentative del collettivo dell'utenza, quali organismi di rappresentanza e di volontariato.

8.2 OBIETTIVO 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI

8.2.1. La carta dei servizi

I soggetti erogatori di servizi sanitari revisionano e pubblicizzano, in conformità al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 2005, la carta dei servizi che costituisce un obbligo di legge ed offre alla organizzazione l'opportunità di rivedere e gestire i propri processi in efficienza, focalizzandoli sulla soddisfazione dell'utente, partendo dalla definizione degli impegni circa il servizio da erogare.

La carta è redatta con la consultazione delle categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative del collettivo dell'utenza. Del processo di consultazione deve esistere documentazione scritta al fine di preservare l'evidenza del contributo di ognuno.

La carta dei servizi sanitari è il patto tra le strutture del SSN ed i cittadini, secondo i seguenti principi informativi:

- a) imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi;
- b) piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;
- c) definizione di standard e assunzione di impegni da parte dell'amministrazione locale rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
- d) organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei diritti dei cittadini;
- e) ascolto delle opinioni e dei giudizi, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità e strumenti di partecipazione e coinvolgimento.

8.2.2. Struttura della carta dei servizi

La carta dei servizi recepisce gli obiettivi di qualità espressi dalla struttura e riporta in modo chiaro e comprensibile:

- a) informazioni sulla struttura e servizi forniti;
- b) standard di qualità, impegni e programmi;
- c) meccanismi di tutela e verifica.

8.2.3. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

La struttura, tenuto conto della normativa regionale e delle disposizioni del presente regolamento in tema di criteri di eleggibilità e presa in carico dei pazienti, deve:

- a) Formalizzare i protocolli per l'eleggibilità dei pazienti;
- b) Adottare e formalizzare protocolli, linee guida e procedure per la gestione del percorso assistenziale del paziente nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intrastrutturali);
- c) Definire la responsabilità per la presa in carico e per la gestione del paziente;
- d) Prevedere la tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione;
- e) Gestire il trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura;
- f) Verificare la conoscenza e l'applicazione dei protocolli e delle procedure da parte del personale ed il loro miglioramento se necessario.

8.2.4. Continuità assistenziale

L'organizzazione della struttura deve progettare ed implementare i processi di continuità per coordinare l'assistenza dei singoli pazienti tra le varie articolazioni organizzative. La definizione delle responsabilità e delle modalità per il passaggio in cura contribuisce a migliorare la continuità, il coordinamento, la soddisfazione del paziente, la qualità e potenzialmente anche gli esiti. A tal fine la struttura deve:

- a) Identificare per tutto il periodo di degenza un responsabile della cura del paziente;
- b) Formalizzare e mettere in atto protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up);
- c) adottare i processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure;
- d) definire i collegamenti funzionali tra le varie articolazioni interne e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza;
- e) adottare modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione;
- f) adottare e diffondere le procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti.

8.2.5. Gestione della documentazione

La documentazione, che descrive il sistema gestionale e operativo, rappresenta l'evidenza oggettiva della struttura organizzativa e tecnica; aderisce alla sua realtà operativa, e per seguirne l'evolversi, è organizzata in maniera flessibile con gerarchia di contenuti ed articolata in differenti livelli, che individuano i rispettivi destinatari e le modalità di distribuzione.

8.2.6. Struttura della documentazione

La documentazione contiene i dati necessari al riscontro oggettivo delle attività svolte al fine di raccogliere ed elaborare gli stessi al fine di fornire informazioni relativamente al:

- a) grado di conseguimento degli obiettivi generali e degli obiettivi specifici;
- b) livello di soddisfazione degli utenti circa la qualità del servizio;
- c) risultato di verifica delle attività;
- d) risultato dei piani di miglioramento;
- e) analisi per l'individuazione delle tendenze di qualità;
- f) azione correttiva e la sua efficacia;
- g) idoneità delle prestazioni dei fornitori;
- h) addestramento e competenza del personale;
- i) confronto con dati nazionali di riferimento.

8.2.7. Controllo della documentazione

La documentazione che dispone prescrizioni generali e specifiche per l'erogazione del servizio deve essere leggibile, datata (includere le date di revisione), chiara ed identificabile. In funzione della tipologia di documento, sono fissati metodi per controllare l'emissione, la distribuzione e la revisione.

I metodi di cui sopra assicurano che i documenti siano:

- a) approvati dal personale autorizzato;
- b) emessi e resi disponibili nelle aree dove l'informazione è necessaria;
- c) compresi e accettati da parte di coloro che devono utilizzarli;
- d) facilmente rintracciabili;
- e) esaminati per ogni necessaria revisione;
- f) ritirati o distrutti quando superati.

8.2.8. Approvazione ed emissione dei documenti

I documenti e i dati, prima dell'emissione, sono verificati e approvati da personale autorizzato ai fini della loro adeguatezza.

Un elenco generale, preparato e reso disponibile, o altra equivalente forma di controllo, indica lo stato di revisione dei documenti in vigore per impedire l'utilizzo di quelli non più validi o superati.

Il sistema di controllo, di cui sopra assicura che:

- a) siano disponibili i documenti necessari in tutti i luoghi ove si svolgono le attività essenziali per garantire la qualità del servizio;
- b) siano prontamente rimossi da tutti i centri di emissione o di utilizzazione documenti non validi ovvero superati, per evitare un loro uso indesiderato;
- c) siano identificati i documenti superati e conservati per motivi legali e di conservazione delle conoscenze.

8.2.9. Distribuzione dei documenti modificati

La distribuzione dei documenti modificati è curata dalla funzione che li ha emessi e sottoposti a modifica, ovvero dal responsabile incaricato dell'archiviazione e gestione; la stessa funzione garantisce l'eliminazione dei documenti superati.

La distribuzione da parte dell'emittente può arrivare fino al trasferimento della documentazione ai responsabili

di altre funzioni, i quali provvedono alla distribuzione interna, garantendone l'attribuzione di responsabilità e la rintracciabilità.

8.2.10. Gestione del dato

Il sistema di gestione del dato è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito al fine di:

- a) sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi della struttura;
- b) fornire il ritorno informativo alle articolazioni organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza;
- c) rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovraordinati.

I dati di origine generati dallo svolgimento delle attività sono definiti e coerenti con gli obiettivi della struttura, per garantire che le informazioni generate siano oggettive ed attendibili.

La struttura della gestione del dato è dotata di un sistema informativo per la corretta gestione dei documenti che dispone prescrizioni generali e specifiche allo svolgimento delle attività finalizzate all'erogazione del servizio.

A tale scopo, la direzione assicura:

- a) l'individuazione dei bisogni informativi della organizzazione;
- b) la struttura del sistema informativo (e cioè la sua identificazione e la sua articolazione);
- c) la diffusione della documentazione presso le funzioni interessate;
- d) le modalità di raccolta dei dati relativi alle attività svolte;
- e) la valutazione della qualità del dato (riproducibilità, accuratezza, completezza);
- f) la diffusione ed utilizzo delle informazioni generate dall'elaborazione dei dati.

E' individuato un referente del sistema informativo, responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.

8.2.11. Registrazione dei dati

La struttura predispone procedure che individuano modalità di registrazione dei dati per dimostrare il conseguimento della qualità richiesta e l'efficacia del sistema qualità, contribuendo alla crescita di un tangibile patrimonio di conoscenze.

8.2.12. Motivazione delle registrazioni

La struttura produce e conserva i documenti per dimostrare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e valutare l'opportunità di attuare interventi di vario tipo, quali in particolare:

- a) modifiche alle modalità di erogazione del servizio;
- b) programmi di miglioramento;
- c) sperimentazioni;
- d) nuovi progetti;
- e) interventi sui costi.

I dati raccolti sono utilizzati in modo proficuo se sono soddisfatte alcune condizioni, come quelle elencate di seguito:

- a) essere conosciuti;
- b) essere ordinati, accessibili, organizzati;
- c) essere leggibili ed interpretabili con facilità;

d) essere supportati dalle descrizioni atte a chiarire su quali basi sono stati prodotti ed entro quali limiti mantengono la loro significatività.

8.2.13. Conservazione dei documenti

I documenti di registrazione dei dati e le informazioni generate dalla loro elaborazione sono conservati in condizioni ambientali e di ordine per evitare possibili danneggiamenti e permetterne la rintracciabilità.

E' stabilito il tempo di conservazione per il quale occorre tener presente i seguenti aspetti:

- a) necessità di consultazione;
- b) rispetto delle disposizioni vigenti.

Sono adottate opportune procedure di accesso, protezione dei dati e conservazione nel caso di utilizzo di supporti informatici (archivi elettronici).

Per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari si rinvia alle disposizioni vigenti in materia di "privacy".

8.2.14. Verifica dei risultati

La direzione della struttura è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitano e consentono la promozione e il supporto ad attività valutative.

La direzione della struttura assegna responsabilità specifiche di controllo periodico delle attività al fine di assicurare la continua adeguatezza ed efficacia per il conseguimento degli obiettivi generali e specifici.

Il personale che attua il processo di erogazione del servizio è investito di responsabilità delle seguenti valutazioni sistematiche:

- a) aderenza alle specifiche di realizzazione del servizio;
- b) controllo continuo che le specifiche di servizio siano soddisfatte;
- c) aggiustamento del processo al verificarsi di deviazioni.

8.2.15. Valutazione dei risultati e del servizio da parte dell'organizzazione

La valutazione dei risultati e del servizio da parte della direzione si svolge su dati oggettivi, in collaborazione con tutti gli operatori, e si sviluppa al livello delle articolazioni organizzative utilizzando personale interno preparato allo scopo.

La valutazione di cui sopra verifica:

- a) il grado di conoscenza e condivisione del personale delle modalità operative pianificate e dei criteri di registrazione dei dati generati dallo svolgimento delle attività;
- b) il grado di applicazione e applicabilità delle modalità operative pianificate al fine di valutare l'adeguatezza delle risorse umane (professionalità e numero) e materiali (idoneità e disponibilità all'uso) messe a disposizione della struttura;
- c) il grado di adeguatezza dei processi operativi per garantire sia il livello qualitativo delle prestazioni dei servizi, sia il raggiungimento degli obiettivi specifici programmati.

I professionisti sono particolarmente coinvolti ed incoraggiati all'utilizzo di specifiche tecniche per i processi in esame.

Momenti di verifica formali tra i componenti dell'equipe, riunioni di gruppo periodiche, attività interprofessionali di miglioramento della qualità ed audit clinici possono essere previsti per i professionisti sanitari.

8.2.16. Criteri di registrazione dei dati

La valutazione dei risultati della struttura è continua e svolta su dati oggettivi per individuare e perseguire azioni di miglioramento.

I criteri di registrazione dei dati per l'analisi riguardano:

- a) le attività rilevanti di ogni servizio che hanno influenza sulla efficacia dell'organizzazione;
- b) le caratteristiche delle attività che devono essere misurate e controllate per assicurare la qualità del servizio (indicatori);
- c) i metodi di valutazione delle caratteristiche scelte a riferimento;
- d) i mezzi per controllare le caratteristiche al fine di mantenerle entro i limiti stabiliti (standard).

I criteri di registrazione dei dati consentono un efficace controllo dei processi di servizio della struttura assicurando che il servizio erogato risponde a quello atteso dall'utente e dalla struttura.

OBIETTIVO 3 - ASPETTI STRUTTURALI

8.3.1. Idoneità all'uso della struttura

L'organizzazione sanitaria deve essere in grado di offrire ai propri pazienti, ai loro familiari, al personale e ai visitatori una struttura sicura. Per raggiungere quest'obiettivo è necessaria una gestione della struttura, degli impianti volta a ridurre, controllare, prevenire i rischi e i pericoli e mantenere condizioni di sicurezza.

Pertanto, l'organizzazione, indipendentemente dalle dimensioni e dalle risorse proprie di ciascuna, è tenuta ad osservare la legislazione, la normativa e ogni altro requisito cogente applicabile che determinano il modo in cui una struttura è progettata e mantenuta in efficienza. La Direzione deve conoscere la legislazione, la normativa e i requisiti applicabili e inserire a bilancio, pianificare e implementare tutte le attività volte a soddisfare i requisiti di legge.

A tal fine la struttura deve:

- a) pianificare e inserire a bilancio il potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;
- b) Prevedere la presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture;
- c) Prevedere la presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, *audit* ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza);
- d) Predisporre piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale;
- e) Prevedere la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.

8.3.2. Gestione delle attrezzature

Le attrezzature che sviluppano i processi di erogazione dei servizi hanno impatto sul livello qualitativo ottenuto per cui la loro corretta gestione è fondamentale ai fini dell'oggettiva credibilità dei valori risultanti dal loro utilizzo.

La gestione delle attrezzature, dalla definizione dei bisogni di acquisto alla loro alienazione, è caratterizzata da una interfunzionalità. Compito della direzione della struttura è definire, in fase di pianificazione, le responsabilità delegate alle varie articolazioni organizzative.

L'insieme di tutti i beni che concorrono in maniera diretta o indiretta alla qualità delle prestazioni sanitarie è definita attrezzatura. Le regole generali di gestione, di seguito riportate, si riferiscono in particolare alle attrezzature biomediche che sono di particolare criticità nel processo di erogazione.

Sono promosse, per l'acquisizione e gestione delle attrezzature biomediche, attività interdisciplinari di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia ed agli aspetti etici.

8.3.3. Programmazione degli acquisti di attrezzature

L'acquisizione delle attrezzature è pianificata in modo documentato da assicurare le prestazioni previste dal piano di attività in coerenza con gli obiettivi del piano medesimo.

Un programma di acquisto delle attrezzature in generale e, in particolare, delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici è previsto al fine di tenere conto:

- a) dell'evoluzione delle tipologie dei servizi;
- b) dell'obsolescenza;
- c) dell'adeguamento alle norme tecniche;
- d) della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

8.3.4. Inventario delle attrezzature

La direzione della struttura adotta un inventario delle attrezzature biomediche in dotazione, di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico per:

- a) soddisfare gli obblighi di legge;
- b) disporre di dati riassuntivi;
- c) permettere la rintracciabilità delle attrezzature biomediche;
- d) fare le analisi per stabilire dei criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici, tenendo conto dell'obsolescenza del parco macchine e delle singole tipologie di apparecchiature biomediche.

Le informazioni raccolte e rese disponibili sia in forma aggregata per l'intero parco macchine, sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzatura, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione: acquisto, noleggio, leasing, donazione, in service.

Le apparecchiature temporaneamente disattivate sono immagazzinate, protette, verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire che i requisiti di precisione, accuratezza e validità, siano soddisfatti al momento del riutilizzo.

8.3.5. Manutenzione

L'assicurazione della manutenzione è fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi specifici della struttura riguardo ai volumi ed al livello qualitativo delle prestazioni in quanto garantisce la efficienza ed efficacia delle apparecchiature biomediche in uso.

La manutenzione è garantita da apposito personale tecnico - professionale sia interno che esterno.

Il piano per la manutenzione delle apparecchiature biomediche tiene conto delle:

- a) indicazioni relative alla sicurezza in uso;
- b) necessità di manutenzione mediante le indicazioni contenute nei manuali di servizi;
- c) indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità.

Il piano di manutenzione generale è articolato sulla base delle criticità dell'apparecchiatura biomedica per il risultato essenziale, distinguendo fra manutenzione correttiva, preventiva e controlli periodici di sicurezza e funzionalità. Il piano di manutenzione che tende a garantire i necessari standards qualitativi delle prestazioni fornite e di sicurezza, deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore.

E' importante che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo dello strumento e conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione per la sua attività.

8.3.6. Manutenzione preventiva e controlli di funzionalità e sicurezza

Il piano di manutenzione prevede, se richiesto dalla tipologia delle attrezzature, le attività relative alla manutenzione preventiva e ai controlli di funzionalità e sicurezza delle attrezzature al fine di garantire la loro idoneità all'uso.

Il piano di manutenzione per le apparecchiature biomediche deve:

- a) identificare tutte le apparecchiature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati riconosciuti nazionali. In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;
- b) definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- c) definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- d) identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;
- e) conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche;
- f) assicurare che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo;
- g) assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;
- h) evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicarne il controllo funzionale e di sicurezza.

8.3.7. Archivio manutenzioni eseguite

Gli interventi di manutenzione correttiva e preventiva, compresi i controlli di funzionalità e sicurezza sulle apparecchiature biomediche in dotazione, devono essere documentati. Per ogni apparecchiatura biomedica esiste una documentazione cartacea o preferibilmente elettronica, che riporta i dati significativi per ogni intervento di manutenzione eseguito.

OBIETTIVO 4 - COMPETENZE DEL PERSONALE

8.4.1. Formazione

Le risorse umane sono fondamentali per la guida della organizzazione e la sua corretta gestione; è necessario che le modalità di inserimento, di addestramento, di formazione e aggiornamento siano tenute in considerazione per il personale ai vari livelli della struttura.

La direzione della struttura adotta un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile e normalizza le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

8.4.2. Inserimento, affiancamento, addestramento

I criteri di valutazione possono essere individuati per consentire la copertura di un determinato ruolo sia al personale di nuova acquisizione, sia a quello da destinare a nuove mansioni.

Le necessità di addestramento sono programmate tenendo presente:

- a) i tempi necessari al raggiungimento dei requisiti e delle abilità richieste;
- b) il turn over del personale;
- c) la numerosità dello stesso.

La struttura organizzativa identifica le esigenze di affiancamento e di addestramento del personale e predispone attive procedure documentate per gestirle.

L'addestramento che riguarda procedure e capacità tecniche onseguite per eseguire i compiti assegnati e l'utilizzo degli strumenti, attrezzature e dispositivi in dotazione è dimostrabile attraverso archivi nominativi.

8.4.3. Formazione e aggiornamento

La formazione continua rappresenta uno strumento di cambiamento e di sviluppo del servizio erogato.

La direzione della struttura assume o assegna la responsabilità di coordinamento delle attività di formazione e di aggiornamento, le cui funzioni sono:

- a) individuare le esigenze formative;
- b) determinare gli strumenti e le risorse per far fronte a tali esigenze;
- c) prefissare le priorità di intervento formativo sulla base del budget disponibile e delle linee strategiche della direzione;
- d) selezionare i criteri per il personale da aggiornare e formare;
- e) specificare gli indicatori, per misurare l'efficacia (impatto) degli interventi formativi;
- f) pianificare sia le attività sulla base delle esigenze formative richieste dal Programma Nazionale per la Formazione Continua -ECM-, sia quelle volte alla valutazione dell'efficacia degli interventi formativi.

La formazione della relazione interpersonale per i professionisti che sono in diretto contatto col paziente è curata con particolare attenzione.

Le esigenze di aggiornamento interno ed esterno volte allo sviluppo professionale dell'individuo sono valutate in maniera trasparente sulla base delle strategie della struttura - mission, vision, obiettivi generali e specifici.

La struttura prevede metodi (relazioni, meeting settimanali, incontri mensili, pubblicazioni) volti a garantire che le conoscenze maturate all'esterno vengano condivise con tutto il personale interessato; individua e rende noti e agibili punti di raccolta delle informazioni- riviste, archivi, pubblicazioni, relazioni - necessarie all'aggiornamento professionale del personale, valuta annualmente i risultati complessivi di soddisfazione e di impatto dell'attività formativa.

Il personale sanitario operante presso la struttura consegue, ogni anno, i crediti formativi previsti dal Programma Nazionale per la Formazione Continua - ECM -.

La struttura predispone la programmazione e le specifiche procedure che prevedono:

- a) la facilitazione all'inserimento delle risorse di nuova acquisizione o assegnate a nuove mansioni mediante la fornitura delle informazioni necessarie;
- b) l'affiancamento a personale esperto al fine di armonizzare i tempi necessari a rendere pienamente operative le nuove risorse dal punto di vista tecnico, gestionale, di servizio;
- c) l'addestramento di tutto il personale interessato per abilitarlo a gestire sistemi, apparecchiature ed attrezzature sia in uso che di nuova introduzione;
- d) la formazione e l'aggiornamento secondo le necessità riconosciute di sviluppo personale e del servizio.

OBIETTIVO 5 - COMUNICAZIONE

8.5.1. Comunicazione

Per dare trasparenza alla propria politica e alle caratteristiche del servizio erogato, la struttura deve munirsi di strumenti idonei a garantire una corretta e sistematica comunicazione all'interno e all'esterno della organizzazione.

La struttura deve assicurare la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio avendo cura di verificare la chiarezza, la comprensibilità e la accessibilità delle informazioni in rapporto alla tipologia dell'utilizzatore-cittadini, istituzioni, associazioni. Nella comunicazione con gli utenti deve essere posta anche grande attenzione al recepimento delle loro esigenze. A tal fine, la direzione predispone materiale informativo in forma sintetica a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari ed eventuali costi per servizi aggiuntivi. Le caratteristiche del servizio devono essere diffuse tramite ogni soggetto attivo della struttura, sia come singolo, sia organizzato in gruppi.

Alle Associazioni dei familiari maggiormente rappresentative in rapporto a ciascun ente erogatore è riconosciuto il diritto di informazione e di accesso agli atti che riguardino la pluralità dei pazienti e le loro esigenze diffuse. L'esercizio è finalizzato alla maggior tutela dei soggetti disabili e dei soggetti sui quali gravano obblighi di vigilanza e assistenza in virtù di rapporti familiari e/o di parentela, di tutela, curatela, amministrazione di sostegno e/o a qualsivoglia altro titolo assimilabile. A tal fine l'ente erogatore provvederà a consentire effettivo accesso ed informazione, nel rispetto delle norme sulla riservatezza e sul trattamento dei dati.

La comunicazione deve essere efficace per informare su:

- a) tipologia, disponibilità e realizzazione del percorso assistenziale;
- b) oneri a carico del paziente per servizi aggiuntivi;
- c) relazioni fra servizio atteso, servizio percepito ed oneri sostenuti dal paziente;
- d) possibilità da parte del paziente di contribuire a migliorare la qualità del servizio.

In particolare la persona o il tutore deve essere informata sulla malattia, sulle disabilità ad essa correlate, sulle possibili evenienze della fase successiva al percorso assistenziale e amministrativo, in modo che sia in grado di gestire tale fase. L'informazione alla persona deve essere garantita con:

- a) criteri espliciti di erogazione delle prestazioni;
- b) informazione alla persona e ai famigliari sulla codifica di gravità assegnata;
- c) identificazione di un operatore referente;
- d) indicazione dei tempi e luoghi per effettuare l'informazione.

Se necessario, la struttura deve prevedere il coinvolgimento degli utenti nel percorso clinico e la partecipazione alla definizione del percorso assistenziale.

8.5.2. Comunicazione interna

La comunicazione interna garantisce che i principi, gli obiettivi che si prefigge e quanto la struttura pianifica per raggiungerli, siano condivisi, per il coinvolgimento, la motivazione e l' aumento del senso di appartenenza degli operatori.

La direzione istituisce specifiche figure di riferimento, in modo che il personale svolga correttamente e con alto grado di motivazione le attività assegnate per:

- a) assicurare che siano compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità;
- b) curare che ciascuno sia consapevole di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito all'utente;
- c) verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza (validità e affidabilità) nella misurazione;
- d) accertare periodicamente la motivazione del personale nel provvedere alla qualità del servizio (questionari, reclami, suggerimenti);
- e) evidenziare al personale il grado di raggiungimento degli obiettivi di qualità;
- f) raccogliere suggerimenti, favorire opportunità di incontro per analizzare le criticità e proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza ed efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;
- g) verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza a tutto il personale.

La comunicazione all'interno della struttura prevede momenti di coordinamento e di integrazione per la predisposizione di un ambiente di lavoro, che migliori i rapporti di collaborazione e cooperazione per la soluzione dei problemi.

I metodi di comunicazione possono comprendere:

- a) incontri informativi della direzione;
- b) riunioni per scambi di informazioni;
- c) informazioni documentate;
- d) mezzi informatici.

OBIETTIVO 6 – APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

8.6.1. Approccio alla pratica clinica secondo evidenze

Un'organizzazione deve essere in grado di fornire interventi efficaci nel rispetto delle preferenze individuali e dei valori culturali e sociali di ogni paziente. Sono disponibili *in* letteratura evidenze che possono guidare le organizzazioni nell'implementare strategie e metodi che possono essere utilizzati per fornire cure e servizi appropriati ed efficaci. Le linee guida ed i protocolli adottati dagli operatori devono essere utilizzati in relazione alle specifiche condizioni organizzative della propria realtà operativa. Ogni struttura organizzativa ne predisporre una raccolta ed il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili. Le organizzazioni devono garantire inoltre che i professionisti sanitari valutino le evidenze disponibili nei processi di definizione dei percorsi assistenziali e attivino percorsi di miglioramento laddove necessario. Le strutture devono effettuare una valutazione sistematica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni evidenziandone gli scostamenti rispetto alle evidenze disponibili e identificando gli ambiti di miglioramento.

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- a) la presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della *evidence based medicine*;
- b) l'accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida;

- c) l'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili;
- d) il coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati;
- e) la valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessario.

8.6.2. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi

Per gestione della sicurezza s'intende l'applicazione e lo sviluppo di strutture e processi che, sulla base delle evidenze scientifiche, siano in grado di prevenire e ridurre i rischi all'interno di una struttura.

La sicurezza in un'organizzazione sanitaria è pertanto la gestione integrata del rischio ambientale, del rischio operatore e del rischio paziente:

- Rischio occupazionale: riguarda gli operatori, sanitari e non, nello svolgimento della loro attività lavorativa. Questi rischi sono generalmente classificati in rischio fisico, chimico e biologico;
- Rischio "non clinico": sono problemi di sicurezza. In generale, ad esempio eventi catastrofici, rischi finanziari;
- Rischio clinico: riguarda i pazienti, fa riferimento alla possibilità per gli stessi di essere danneggiati in relazione al trattamento sanitario.

I tre tipi di rischio sono tra loro strettamente connessi, pertanto è necessario prevedere una gestione integrata dei tre livelli di rischio; ciò implica da un lato la conoscenza dei fattori di rischio comuni e dall'altro l'adozione di strumenti di analisi, gestione e monitoraggio e di strategie integrate.

L'organizzazione deve elaborare un piano per la qualità e sicurezza declinato nei tre ambiti sopra descritti ovvero un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione.

8.6.3. Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi.

Nei sistemi complessi è richiesto un elevato controllo dei rischi, dei processi e delle vulnerabilità che devono essere oggetto di una sistematica analisi e verifica e conseguentemente le organizzazioni devono adottare misure e strumenti atti a creare una diffusa cultura della sicurezza.

La gestione degli eventi avversi comprende: l'identificazione e segnalazione degli eventi avversi mediante un sistema strutturato, le analisi e le valutazioni per comprendere come e perché l'evento avverso è accaduto e per identificare eventuali misure preventive e l'implementazione di un piano di azione; una procedura per la comunicazione aperta e trasparente con i pazienti ed i loro familiari, forme di definizione stragiudiziale dei contenziosi.

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- a) l'esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di *near miss*, eventi avversi ed eventi sentinella;
- b) la partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;
- c) l'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (*Root cause analysis*, *Audit clinico*, *Significant event audit*) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (*Safety walkround*);
- d) la presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio;
- e) l'applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, *check-list* ed altri strumenti per la sicurezza;

- f) la definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;
- g) la presenza di un Piano di formazione;
- h) l'adozione di metodologie proattive per la valutazione dei rischi.

8.6.4. Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

Nei sistemi complessi è richiesto un elevato controllo dei rischi, dei processi e delle vulnerabilità che devono essere oggetto di una sistematica analisi e verifica e conseguentemente le organizzazioni devono adottare misure e strumenti atti a creare una diffusa cultura della sicurezza.

La promozione della cultura della sicurezza non deve essere solo una dichiarazione di intenti, ma deve prevedere una strategia sistematica di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze specifiche che comprenda anche la valutazione delle competenze professionali, sia tecniche che non tecniche.

La sostanziale attuazione di politiche efficaci per la sicurezza richiede una preliminare analisi per conoscere le condizioni di partenza e quindi un piano per agire sugli specifici aspetti di miglioramento.

L'implementazione di ogni progetto di cambiamento deve essere accompagnato dal monitoraggio e dalla valutazione al fine di individuare le migliori esperienze e le: buone pratiche da mettere in disposizione e diffondere nel SSN.

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- a) lo sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività;
- b) la produzione e diffusione di buone pratiche;
- c) la garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi;
- d) la presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.

7 PROCESSI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE

8.7.1. Programmi e progetti di miglioramento

La struttura effettua annualmente al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria favorendo il coinvolgimento del personale, sulla base delle indicazioni contenute nel presente regolamento.

8.7.2. Mantenimento dei miglioramenti acquisiti

I miglioramenti raggiunti devono essere mantenuti mediante modifica delle procedure, istruzioni operative, addestramento, formazione e mediante verifica che tali modifiche siano parte integrante del lavoro di ciascun membro della struttura.

8.7.3. Continuità del miglioramento

Se il miglioramento desiderato è stato ottenuto, nuovi progetti o attività di miglioramento devono essere selezionati ed attuati. Ulteriori miglioramenti sono sempre possibili, con l'attuazione di nuovi progetti o attività di miglioramento sulla base di nuovi obiettivi. E' indispensabile fissare delle priorità e dei limiti temporali per ogni progetto ed inserirli in piani di attività della struttura.

La ragione del miglioramento deriva dalla necessità di fornire valore aggiunto e soddisfazione per gli utenti.

Ogni membro della struttura deve acquisire la consapevolezza che è sempre possibile eseguire una attività in maniera più efficace ed efficiente riducendo sprechi di risorse.

Una maggiore efficacia ed efficienza è a vantaggio degli utenti, della struttura, dei suoi membri e della società in generale.

ART. 9

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO

1. Il fabbisogno regionale delle strutture oggetto del presente regolamento è distinto in:
 - a) fabbisogno di posti letto/posti semiresidenziali che possono essere autorizzati all'esercizio:
 - b) fabbisogno di posti letto/posti semiresidenziali che possono essere anche accreditati.

Il rapporto tra i posti letto/posti semiresidenziali accreditabili e quelli autorizzabili all'esercizio è pari a 1:1,3.

2. Ai fini dell'autorizzazione all'esercizio, il fabbisogno di posti letto in regime residenziale di mantenimento e di posti in regime semiresidenziale di mantenimento per disabili è stabilito in misura pari a:
 - a) numero dei posti letto/posti di cui al successivo articolo 10, comma 1 con l'aggiunta di:
 - i. trenta per cento (30%) di posti letto aggiuntivi di nuclei di mantenimento per disabili
 - ii. trenta per cento (30%) di posti semiresidenziali aggiuntivi di nuclei di mantenimento per disabili

distribuiti su base distrettuale e tenendo conto dei distretti sociosanitari carenti o parzialmente carenti di posti.

3. In aggiunta rispetto ai parametri di cui al comma 2, sono fatti salvi i seguenti posti letto/posti semiresidenziali:

- a) i posti letto/ posti semiresidenziali di RSA ex R.R. n. 3/2005 pubblici già autorizzati all'esercizio o già previsti in atti di programmazione sanitaria regionale;
- b) i posti letto/posti semiresidenziali di RSA ex R.R. n. 3/2005 privati già autorizzati all'esercizio;
- c) i posti letto di Residenza Socio Sanitaria per disabili ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., di Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., e di Centri diurni per disabili ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
- d) i posti letto di Residenza Socio Sanitaria per disabili ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., di Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e di Centri diurni per disabili ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. realizzate dalle AASSLL, dai Comuni o dalle ASP o dai soggetti privati con il contributo dei fondi FESR, della Regione e/o dei Comuni e non ancora autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
- e) i posti letto di Residenza Socio Sanitaria per disabili ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., di Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e di Centri diurni per disabili ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. che hanno presentato istanza di autorizzazione alla realizzazione o alla ristrutturazione di strutture sanitarie e sociosanitarie con mezzi propri presentate dai privati alla data del 31/12/2017 che all'entrata in vigore del presente regolamento sono state autorizzate ovvero per le quali è decorso, senza diniego, il termine previsto dalla legge per il rilascio.

Le strutture Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento possono optare per la scelta di riconvertirsi in strutture sociosanitarie - nucleo di assistenza residenziale mantenimento di tipo B per persone disabili non gravi o privi del sostegno familiare. Diversamente, le strutture Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento possono mantenere l'autorizzazione al funzionamento ai sensi del R.R. n. 4/2007 e mantenere lo status di strutture socioassistenziali.

ART. 10
FABBISOGNO PER L'ACCREDITAMENTO

1. Ai fini dell'accREDITamento, il fabbisogno di posti letto in regime residenziale di mantenimento e di posti in regime semiresidenziale di mantenimento per disabili è stabilito in misura pari a 4.081 equivalente a 1 p/1.000 abitanti così suddivisi:

RSA DISABILI	RSA- NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO A PER PERSONE DISABILI GRAVI	RD3	694 pl	0,17/1.000 ab.
	RSA - NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO B PER PERSONE DISABILI CON MODERATO IMPEGNO ASSISTENZIALE O DISABILI PRIVI DI SOSTEGNO FAMILIARE	RD4	80 pl	0,02/1.000 ab.
CENTRO DIURNO DISABILI	NUCLEI PRESTAZIONI MANTENIMENTO PER DISABILI		3.307 posti	0,81/1.000 ab.

2. Il fabbisogno regionale di cui al comma 1 è rapportato su base territoriale provinciale (popolazione residente – dati ISTAT 2015).
3. Nell'ambito del fabbisogno di RSA disabili di cui al comma 2 rientrano:
- a) i posti letto di RSA pubbliche e private per disabili già autorizzate all'esercizio ed accreditate ai sensi del R.R. n. 3/2005 alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
 - b) i posti letto di RSA pubbliche e private già autorizzate all'esercizio ai sensi del R.R. n. 3/2005 alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
 - c) i posti letto di RSA pubbliche e private per i quali è stato concesso parere di compatibilità e per i quali lo stesso non sia decaduto alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
 - d) i posti letto di RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
 - e) i posti letto di RSA disabili pubblici e di RSSA disabili pubblici previsti in atti di programmazione regionale;
 - f) i posti letto di Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento.
- i. fatti salvi i posti letto di RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale con la ASL che alla data di entrata in vigore del presente regolamento occupati da a) pazienti provenienti dagli Istituti Ortofrenici e dalle strutture manicomiali e b) soggetti psichiatrici stabilizzati inviati dal Dipartimento di Salute Mentale. Tali posti letto si riconvertono in posti letto di mantenimento per disabili di tipo A.

Tutti i posti di cui al presente comma saranno oggetto di riconversione nei nuclei di assistenza di mantenimento per disabili previsti dal presente regolamento, ai sensi del successivo art.12.

4. I posti letto, di cui al fabbisogno del presente articolo, di RSA di mantenimento- nuclei di tipo B per persone disabili con moderato impegno assistenziale o disabili privi di sostegno familiare sono attribuiti alle Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. già autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del

presente regolamento mediante riconversione del corrispondente numero di posti già autorizzati al funzionamento, ai sensi del successivo art.12;

5. La restante quota di posti letto disponibili di RSA disabili su base provinciale, non oggetto del processo di riconversione di cui ai precedenti commi 3 e 4, ovvero la restante quota di posti letto disponibili di RSA nuclei di prestazioni di mantenimento per disabili gravi e nuclei di mantenimento per disabili non gravi riveniente dalla ricognizione di cui all'art. 12.1 lettera a), è assegnata all'esito delle procedure di cui al successivo art. 12, con le seguenti modalità:
 - a) il 30% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS in cui si registra un esubero di posti letto già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti. La quota del 30% è distribuita, nel limite massimo di un nucleo da n. 20 p.l., alle RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento e non contrattualizzate alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
 - b) il restante 70% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS carenti e parzialmente carenti di posti letto già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti, da distribuirsi in base alla popolazione residente, e sono assegnati alle RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento, nel limite di un nucleo da n. 20 p.l., con il seguente ordine di preferenza:
 1. RSSA ex art. 58 non contrattualizzata;
 2. RSSA ex art. 58 già contrattualizzata.

In riferimento ai singoli distretti socio sanitari, in presenza di istanze ammissibili superiori a 1 e a parità di condizioni in applicazione della DGR 2037/2013 e s.m.i., i posti disponibili da distribuire saranno suddivisi in numero uguale tra le strutture richiedenti, rispettando possibilmente il numero minimo di posti letto previsti per un nucleo.

A seguito della distribuzione dei posti disponibili, secondo il criterio di ripartizione del 30% e del 70% di cui alle precedenti lettere a) e b), l'eventuale quota residua dei posti non assegnata e rientrante nel 30%, sarà aggiunta ai posti della quota relativa al 70% nel rispetto del criterio di assegnazione di cui alla precedente lettera b).

Al termine delle procedure di cui sopra, qualora residuassero posti letto disponibili, al fine di garantire la maggiore prossimità tra il luogo di cura e quello di residenza, tali posti letto saranno distribuiti anche nei DSS vicini. Per il raggiungimento dell'obiettivo, la distribuzione dei posti, dopo il primo bimestre di presentazione delle istanze ai sensi della DGR 2037/2013 e s.m.i., terrà conto della programmazione effettuata dal Direttore Generale della competente ASL sulla base del fabbisogno aziendale, e sarà oggetto di approvazione da parte della giunta regionale. Le successive istanze di assegnazione dei posti, rese ai sensi della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., saranno ammissibili a partire dalla data di pubblicazione sul BURP del predetto provvedimento.

5.1 In riferimento alle Aziende Sanitarie Locali che non hanno sottoscritto accordi contrattuali con RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., la restante quota di posti disponibili di RSA disabili su base provinciale, e non oggetto del processo di riconversione di cui al precedente comma 3, ovvero la restante quota di posti disponibili di RSA disabili riveniente dalla ricognizione di cui all'art. 12.1 lettera a), è assegnata all'esito delle procedure di cui al successivo art. 12, mediante distribuzione su base distrettuale in base alla popolazione residente.

6. Nell'ambito del fabbisogno di Centro diurno disabili di cui al comma 1 rientrano:

- a) i posti di Centro diurno socioeducativo e riabilitativo ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i.

- pubblici e privati già autorizzati al funzionamento e contrattualizzati con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento, nel limite massimo dei posti contrattualizzati e tenuto conto del tasso di occupazione dei posti contrattualizzati;
- b) i posti di Centro diurno ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. di cui alla preintesa approvata con DGR n. 330/2018.

che saranno oggetto di conversione nei nuclei di Centro diurno previsti dal presente regolamento, ai sensi del successivo art.12.

7. La restante quota di posti disponibili di Centro diurno su base provinciale, e non oggetto del processo di riconversione di cui al precedente comma 6, ovvero la restante quota di posti disponibili di Centro diurno per disabili riveniente dalla ricognizione di cui all'art. 12.1 lettera b), è assegnata all'esito delle procedure di cui al successivo art. 12, con le seguenti modalità:
- a) il 30% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS in cui si registra un esubero di posti letto già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti. Gli stessi saranno distribuiti, nel limite massimo di un nucleo da n. 30 posti, ai Centri diurni ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubblici e privati già autorizzate al funzionamento e non contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
- b) il restante 70% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS carenti e parzialmente carenti di posti già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti, da distribuirsi in base alla popolazione residente, e sono assegnati ai Centri diurni ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubblici e privati già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento, nel limite di un nucleo da n. 30 posti, con il seguente ordine di preferenza:
1. Centro diurno ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. non contrattualizzato;
 2. Centro diurno ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. già contrattualizzata.

In riferimento ai singoli distretti socio sanitari, in presenza di istanze ammissibili superiori a 1 e a parità di condizioni in applicazione della DGR 2037/2013 e s.m.i., i posti disponibili da distribuire saranno suddivisi in numero uguale tra le strutture richiedenti, rispettando possibilmente il numero minimo di posti previsti per un nucleo.

A seguito della distribuzione dei posti disponibili, secondo il criterio di ripartizione del 30% e del 70% di cui alle precedenti lettere a) e b), l'eventuale quota residua dei posti non assegnata e rientrante nel 30%, sarà aggiunta ai posti della quota relativa al 70% nel rispetto del criterio di assegnazione di cui alla precedente lettera b).

Al termine delle procedure di cui sopra, qualora residuassero posti letto disponibili, al fine di garantire la maggiore prossimità tra il luogo di cura e quello di residenza, tali posti letto saranno distribuiti anche nei DSS vicini. Per il raggiungimento dell'obiettivo, la distribuzione dei posti, dopo il primo bimestre di presentazione delle istanze ai sensi della DGR 2037/2013 e s.m.i., terrà conto della programmazione effettuata dal Direttore Generale della competente ASL sulla base del fabbisogno aziendale, e sarà oggetto di approvazione da parte della giunta regionale. Le successive istanze di assegnazione dei posti, rese ai sensi della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., saranno ammissibili a partire dalla data di pubblicazione sul BURP del predetto provvedimento.

Nella distribuzione dei posti disponibili, secondo il criterio di ripartizione del 30% e del 70% di cui alle precedenti lettere a) e b), i residui di posti inferiori a 10 unità non saranno assegnati e concorreranno a

formare un residuo di posti su base regionale. La Giunta regionale con proprio provvedimento determinerà le modalità di ripartizione di tali posti.

7.1 In riferimento alle Aziende Sanitarie Locali che non hanno sottoscritto accordi contrattuali con Centri diurni ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., la restante quota di posti disponibili di Centro diurno su base provinciale, e non oggetto del processo di riconversione di cui al precedente comma 6, ovvero la restante quota di posti disponibili di Centro diurno per soggetti non autosufficienti riveniente dalla ricognizione di cui all'art. 12.1 lettera b), è assegnata all'esito delle procedure di cui al successivo art. 12, mediante distribuzione su base distrettuale in base alla popolazione residente.

In riferimento ai singoli distretti socio sanitari, in assenza di istanze ai fini dell'assegnazione dei posti disponibili da parte di Centri diurni ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. già autorizzati al funzionamento e/o contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento, si terrà conto delle nuove istanze per posti semiresidenziali residuali da assegnare alle strutture di nuova realizzazione.

ART. 11

AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE, AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO ED ACCREDITAMENTO

1. Le RSA disabili e i Centri diurni per disabili sono soggette all'autorizzazione alla realizzazione, all'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento secondo le procedure e nei termini stabiliti dalla L.R. 2 maggio 2017, n. 9 e s.m.i. e dalla DGR n. 2037/2013, per quanto compatibile con le previsioni del presente regolamento, in relazione al fabbisogno definito dal presente Regolamento.

2. In ogni caso, nella domanda di autorizzazione all'esercizio ciascuna RSA deve indicare le tipologie ed il numero dei nuclei per i quali richiede l'autorizzazione.

ART. 12

NORME TRANSITORIE

12.1 DISPOSIZIONI TRANSITORIE

a) La giunta regionale, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento, approva un atto ricognitivo di tutte le strutture rientranti tra gli autorizzati all'esercizio di cui al comma 3 dell'art. 9 e dei posti letto di RSA disabili ex R.R. 3/2005 di RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e di Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. rientranti nell'ambito di applicazione dei commi 3 e 4 del precedente art. 10, con l'indicazione:

1) dei posti letto di RSA disabili ancora disponibili, e rientranti nel fabbisogno di accreditamento di cui al comma 1 dell'art.10, da assegnare ai sensi del comma 5 dell'art.10;

2) dei posti letto da assegnare alle strutture ammesse ai finanziamenti di cui all'art. 29 comma 7 della legge regionale n. 9/17 e s.m.i. entro la data di entrata in vigore della stessa legge, entro la percentuale pari al 5% dei posti letto di cui alla precedente punto 1.

b) La giunta regionale, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento, approva un atto ricognitivo di tutte le strutture rientranti tra gli autorizzati all'esercizio di cui al comma 3 dell'art. 9 e dei posti di Centro diurno disabili ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. rientranti nell'ambito di applicazione dei commi 6 e 7 del precedente art. 10, con l'indicazione:

1) dei posti di Centro diurno non autosufficienti ancora disponibili e rientranti nel fabbisogno di accreditamento di cui al comma 1 dell'art.10, da assegnare ai sensi del comma 7 dell'art.10;

2) dei posti letto da assegnare alle strutture ammesse ai finanziamenti di cui all'art. 29 comma 7 della legge regionale n. 9/17 e s.m.i. entro la data di entrata in vigore della stessa legge, entro la percentuale pari al 5% dei posti letto di cui alla precedente punto 1.

12.2 NORME TRANSITORIE PER LE RSA EX R.R. 3/2005, PER LE COMUNITÀ SOCIORABILITATIVA EX ART. 57 R.R. N. 4/2007 e s.m.i. E PER LE RSSA EX ART. 66 R.R. 4/2007 e smi CONTRATTUALIZZATE CON LE AA.SS.LL.

1. Le RSA ex R.R. n. 3/2005, le RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. di cui ai commi 3 e 4 dell'art. 10 devono riconvertire i posti letto nel rispetto del fabbisogno di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 10 e secondo le previsioni degli stessi commi 3 e 4, tenuto conto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal presente regolamento.

2. A tal fine il piano di conversione, per le strutture di cui al comma 1 del presente articolo, sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, avverrà sulla base dell'atto ricognitivo di cui al punto 12.1 e di apposite preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore da parte del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, da approvarsi con atto di Giunta regionale (piano di conversione).

3. A far data dall'approvazione del piano di riconversione, entro i successivi 30 giorni i singoli erogatori presentano al competente Servizio regionale istanza di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, con la specifica indicazione del numero e tipologia di nuclei di assistenza così come previsti nel piano di riconversione.

4. L'istanza dovrà contenere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del possesso dei requisiti di cui al presente regolamento qualora già posseduti, ovvero un piano di adeguamento da attuarsi entro i limiti temporali stabiliti nel presente articolo.

5. Le strutture di cui al comma 1 devono adeguarsi ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini di seguito indicati a far data dalla approvazione del piano di riconversione da parte della Giunta regionale:

a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;

b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), le RSA ex R.R. 3/2005, le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 e smi e le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

Le RSA ex R.R. 3/2005, le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 e smi e le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007, qualora all'atto della verifica sul possesso dei requisiti non dimostrino di possedere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, devono adeguarsi ai requisiti strutturali del presente regolamento, nel rispetto del termine previsto al precedente punto b).

6. Entro i trenta giorni successivi alla scadenza di ciascuno di tali termini, a pena di decadenza dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, il responsabile della struttura invia al competente Servizio regionale un'autocertificazione attestante il possesso dei requisiti, ai fini dell'avvio delle attività di verifica.

7. La mancata presentazione dell'istanza di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento deve intendersi quale rinuncia ai sensi e per gli effetti degli articoli 9, comma 4, lett. c) e 26, comma 2, lett. a) L.R. n. 9/2017. Il mancato adeguamento ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini indicati nel presente articolo, comporta la revoca dell'autorizzazione e dell'accreditamento ai sensi e per gli effetti degli articoli 14, commi 6 e 8, e 26, commi 2 lett. b) e 3, L.R. n. 9/2017.

8. Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, le RSA ex R.R. 3/2005, le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 e smi manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate all'esercizio ed accreditate con le relative tariffe vigenti alla stessa data e le relative quote di compartecipazione.

12.3 NORME TRANSITORIE PER LE COMUNITÀ SOCIORABILITATIVA EX ART. 57 R.R. N. 4/2007 e s.m.i. E PER LE RSSA EX ART. 58 R.R. 4/2007 e smi AUTORIZZATE AL FUNZIONAMENTO E NON CONTRATTUALIZZATE CON LE AA.SS.LL.

1. Le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 e smi già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzate con la ASL, ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio come RSA disabili - nuclei di prestazioni di mantenimento per disabili gravi e nuclei di mantenimento per disabili non gravi, si adeguano ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini di seguito indicati a far data dall'entrata in vigore del presente regolamento:

- a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;
- b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 e smi possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

2. Le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 e smi già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzate con la ASL, a seguito dell'approvazione dell'atto di Giunta regionale di cui all'art. 12.1, lett. a), e relativamente ai posti letto disponibili possono presentare istanza di accreditamento come RSA disabili - nuclei di mantenimento per disabili gravi e nuclei di mantenimento per disabili non gravi.

12.4 NORME TRANSITORIE PER LE COMUNITÀ SOCIORABILITATIVA EX ART. 57 R.R. N. 4/2007 e s.m.i. E PER LE RSSA EX ART. 58 R.R. 4/2007 e smi IN CORSO DI REALIZZAZIONE

1. Le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 e smi realizzate dalle AASSLL, dai Comuni o dalle ASP o dai soggetti privati con il contributo dei fondi FESR, della Regione e/o dei Comuni e non ancora autorizzate al funzionamento come alla data di entrata in vigore del presente regolamento, ai fini dell'istanza per l'autorizzazione all'esercizio come RSA disabili - nuclei di mantenimento per disabili gravi e nuclei di mantenimento per disabili non gravi possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, ma devono dimostrare il possesso dei requisiti tecnologici ed organizzativi minimi e specifici previsti dal presente regolamento relativamente ai nuclei di mantenimento per soggetti disabili.

12.5 NORME TRANSITORIE PER I CENTRI DIURNI EX ART. 60 R.R. 4/2007 e smi CONTRATTUALIZZATI CON LE AA.SS.LL.

1. I Centri diurni ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. di cui al comma 6 dell'art. 10 devono convertire i posti nel rispetto del fabbisogno di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 10 e secondo le previsioni dello stesso comma 6, tenuto conto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal presente regolamento.

2. A tal fine il processo di conversione, per le strutture di cui al comma 1 del presente articolo, sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, avverrà sulla base dell'atto

ricognitivo di cui al punto 12.1 e di apposite preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore da parte del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, da approvarsi con atto di Giunta regionale (piano di conversione).

3. A far data dall'approvazione del piano di conversione, entro i successivi 30 giorni i singoli erogatori presentano al competente Servizio regionale istanza di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, con la specifica indicazione del numero di nuclei di assistenza così come previsti nel piano di conversione.

4. L'istanza dovrà contenere in autocertificazione una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del possesso dei requisiti di cui al presente regolamento qualora già posseduti, ovvero un piano di adeguamento da attuarsi entro i limiti temporali stabiliti nel presente articolo.

5. Le strutture di cui al comma 1 devono adeguarsi ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini di seguito indicati a far data dalla approvazione del piano di riconversione da parte della Giunta regionale:

a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;

b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), i Centri diurni ex art. 60 R.R. 4/2007 e smi possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

I Centri diurni ex art. 60 R.R. 4/2007 e smi, qualora all'atto della verifica sul possesso dei requisiti non dimostrino di possedere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, devono adeguarsi ai requisiti strutturali del presente regolamento, nel rispetto del termine previsto al precedente punto b).

6. Entro i trenta giorni successivi alla scadenza di ciascuno di tali termini, a pena di decadenza dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, il responsabile della struttura invia al competente Servizio regionale un'autocertificazione attestante il possesso dei requisiti, ai fini dell'avvio delle attività di verifica.

7. La mancata presentazione dell'istanza di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento deve intendersi quale rinuncia ai sensi e per gli effetti degli articoli 9, comma 4, lett. c) e 26, comma 2, lett. a) L.R. n. 9/2017. Il mancato adeguamento ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini indicati nel presente articolo, comporta la revoca dell'autorizzazione e dell'accreditamento ai sensi e per gli effetti degli articoli 14, commi 6 e 8, e 26, commi 2 lett. b) e 3, L.R. n. 9/2017.

8. Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, i Centri diurni ex art. 60 R.R. 4/2007 e smi manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate all'esercizio ed accreditate con le relative tariffe vigenti alla stessa data e le relative quote di compartecipazione.

9. Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del presente Regolamento e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di riconversione di cui al presente articolo 12.5, le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accreditamento relative ai Centri diurni ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., contrattualizzate con le AASSLL, sono inammissibili.

12.6 NORME TRANSITORIE PER I CENTRI DIURNI EX ART. 60 R.R. 4/2007 e smi AUTORIZZATI AL FUNZIONAMENTO E NON CONTRATTUALIZZATI CON LE AA.SS.LL.

1. I Centri diurni ex art. 60 R.R. 4/2007 e smi già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzati con la ASL, ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio come Centri Diurni disciplinati dal presente regolamento si adeguano ai requisiti dallo stesso previsti nei termini di seguito indicati a far data dall'entrata in vigore del presente regolamento:

- a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;
- b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), i Centri diurni ex art. 60 R.R. 4/2007 e s.m.i. possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

2. I Centri diurni ex art. 60 R.R. 4/2007 e s.m.i. già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzati con la ASL, a seguito dell'approvazione dell'atto di Giunta regionale di cui all'art. 12.1, lett.b) e relativamente ai posti semiresidenziali disponibili, possono presentare istanza di accreditamento come Centri diurni disciplinati dal presente regolamento, previa conferma dell'autorizzazione all'esercizio.

12.7 NORME TRANSITORIE PER I CENTRI DIURNI EX ART. 60 R.R. 4/2007 e s.m.i. IN CORSO DI REALIZZAZIONE

1. I Centri diurni ex art. 60 R.R. 4/2007 e s.m.i. realizzati dalle AASSLL, dai Comuni o dalle ASP o dai soggetti privati con il contributo dei fondi FESR, della Regione e/o dei Comuni e non ancora autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento, ai fini dell'istanza per l'autorizzazione all'esercizio come Centri diurni disciplinati dal presente regolamento possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, ma devono dimostrare il possesso dei requisiti tecnologici ed organizzativi minimi e specifici previsti dal presente regolamento relativamente ai nuclei semiresidenziali di mantenimento per disabili.

12.8 NORME TRANSITORIE PER I POSTI LETTO DI CUI ALL'ART. 10, COMMA 3, LETTERA i.

1. I posti letto di RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale con la ASL che alla data di entrata in vigore del presente regolamento sono occupati da a) pazienti provenienti dagli Istituti Ortofrenici e dalle strutture manicomiali e b) soggetti psichiatrici stabilizzati con età superiore ai 64 anni inviati dal Dipartimento di Salute Mentale, di cui al comma 3, lettera ii. dell'art. 10 sono convertiti in posti letto di mantenimento per disabili di tipo A, tenuto conto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal presente regolamento.

2. A tal fine il processo di conversione, per i posti di cui al comma 1 del presente paragrafo, sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, avverrà sulla base dell'atto ricognitivo di cui al punto 12.1 e di apposita preintesa da sottoscrivere tra il legale rappresentante della RSSA e il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, da approvarsi con atto di Giunta regionale (piano di conversione).

3. A far data dall'approvazione del piano di riconversione, entro i successivi 30 giorni il legale rappresentante della RSSA presenta al competente Servizio regionale istanza di conversione dell'autorizzazione all'esercizio ed istanza di accreditamento, con la specifica indicazione del numero e tipologia di posti letto così come previsti nel piano di riconversione.

4. L'istanza dovrà contenere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del possesso dei requisiti di cui al presente regolamento qualora già posseduti, ovvero un piano di adeguamento da attuarsi entro i limiti temporali stabiliti nel presente articolo.

5. Le strutture di cui al comma 1 del presente paragrafo devono adeguarsi ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini di seguito indicati a far data dalla approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale:

- a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;

b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), le strutture di cui al comma 1 del presente paragrafo possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

Qualora, all'atto della verifica sul possesso dei requisiti, si accerti che i posti già autorizzati al funzionamento non possiedono i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, questi devono essere adeguati ai requisiti strutturali del presente regolamento, nel rispetto del termine previsto al precedente punto b).

6. Entro i trenta giorni successivi alla scadenza di ciascuno di tali termini, a pena di decadenza dell'autorizzazione al funzionamento, il legale rappresentante della struttura invia al competente Servizio regionale un'autocertificazione attestante il possesso dei requisiti, ai fini dell'avvio delle attività di verifica.

7. La mancata presentazione dell'istanza di conversione dell'autorizzazione al funzionamento e dell'istanza di accreditamento deve intendersi quale rinuncia ai sensi e per gli effetti degli articoli 9, comma 4, lett. c) e 26, comma 2, lett.a) L.R. n. 9/2017. Il mancato adeguamento ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini indicati nel presente articolo, comporta la revoca dell'autorizzazione al funzionamento ai sensi e per gli effetti degli articoli 14, commi 6 e 8 della L.R. n. 9/2017.

8. Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, i posti letto di RSSA manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate al funzionamento con le relative tariffe vigenti alla stessa data.

9. Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del presente Regolamento e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di conversione di cui al presente articolo 12.8, le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accreditamento relative ai posti letto di RSSA di cui al presente paragrafo sono inammissibili.

12.8 MONITORAGGIO

Ai fini del monitoraggio applicativo e attuativo del presente regolamento si procederà con cadenza triennale a valutare il pieno utilizzo dei posti letto contrattualizzati mediante il tasso di occupazione. Nell'ipotesi in cui tale tasso sia inferiore al 90% dei posti non utilizzati nel triennio saranno decurtati dal nuovo accordo e si renderanno disponibili per la riassegnazione secondo le regole di cui al precedente art. 10, comma 5.

ART. 13

VERIFICHE E SANZIONI

Le verifiche sul rispetto delle disposizioni di legge, sul possesso e sulla permanenza dei requisiti generali e di quelli strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi specifici per le RSA disabili e i Centri diurni per disabili sono effettuate ai sensi della L.R. 2 maggio 2017, n. 9 e s.m.i.

Per quanto attiene il regime sanzionatorio si rinvia a quanto espressamente disciplinato in materia dalla L.R. 2 maggio 2017, n. 9 e s.m.i.

ART. 14

NORMA DI RINVIO

Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento, si rinvia alla normativa regionale vigente in materia, ed in particolare alla L. R. 9/2017 e s.m.i. e al Regolamento Regionale n. 3/2005 e s.m.i. per la sezione A "Requisiti generali", ed alla normativa nazionale vigente in materia.

Per le strutture ammesse alla deroga di cui al precedente art.12, nei limiti di quanto previsto nello stesso art.12, si rinvia ai requisiti strutturali per la RSA del Regolamento regionale n. 3/2005, ai requisiti strutturali per la Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., ai requisiti strutturali per la RSSA art. 58 del R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e al DM 308/2001.

Il presente Regolamento è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'art. 53 comma 1 della L.R. 12/05/2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia". E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione Puglia.

Dato a Bari, addì 21 GEN. 2019

EMILIANO



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO B

“PRIME INDICAZIONI OPERATIVE relative al regolamento regionale sull’Assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti disabili-Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per disabili – Centro diurno socioeducativo e riabilitativo per disabili”

Lo schema di Regolamento in oggetto propone due distinti fabbisogni di posti letto di RSA, uno relativo all’autorizzazione all’esercizio con un numero totale di posti letto autorizzabili che supera del 30% il numero dei posti letto accreditabili, fatti salvi i posti già autorizzati al funzionamento in base alla previgente normativa regionale, uno relativo all’accreditamento che è in linea con lo standard nazionale definito dal Comitato LEA.

Nel dettaglio, a seguito dell’approvazione del regolamento saranno approvati i seguenti provvedimenti:

1) ATTO RICOGNITIVO DELLE STRUTTURE RIENTRANTI TRA GLI AUTORIZZATI ALL’ESERCIZIO DI CUI AL COMMA 3 DELL’ART. 9.

L’art. 9 del regolamento prevede:

“2. Ai fini dell’autorizzazione all’esercizio, il fabbisogno di posti letto in regime residenziale e di posti in regime semiresidenziale di mantenimento per disabili è stabilito in misura pari a:

f) numero dei posti letto/posti accreditabili di cui al successivo articolo 10, comma 1 con l’aggiunta di:

i. trenta per cento (30%) di posti letto aggiuntivi di nuclei di mantenimento per soggetti non autosufficienti (anziani e soggetti affetti da demenza);

ii. trenta per cento (30%) di posti semiresidenziali aggiuntivi di nuclei di mantenimento per soggetti non autosufficienti

distribuiti su base distrettuale e tenendo conto dei distretti sociosanitari carenti o parzialmente carenti di posti.

3. In aggiunta rispetto ai parametri di cui al comma 2, sono fatti salvi i seguenti posti letto/posti semiresidenziali:

a) i posti letto/ posti semiresidenziali di RSA ex R.R. n. 3/2005 pubblici già autorizzati all’esercizio o già previsti in atti di programmazione sanitaria regionale;



REGIONE PUGLIA

- g) i posti letto/posti semiresidenziali di RSA ex R.R. n. 3/2005 privati già autorizzati all'esercizio;*
- h) i posti letto di Residenza Socio Sanitaria per disabili ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., di Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., e di Centri diurni per disabili ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento;*
- i) i posti letto di Residenza Socio Sanitaria per disabili ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., di Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e di Centri diurni per disabili ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. realizzate dalle AASSLL, dai Comuni o dalle ASP o dai soggetti privati con il contributo dei fondi FESR, della Regione e/o dei Comuni e non ancora autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento;*
- j) i posti letto di Residenza Socio Sanitaria per disabili ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., di Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e di Centri diurni per disabili ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. che hanno presentato istanza di autorizzazione alla realizzazione o alla ristrutturazione di strutture sanitarie e sociosanitarie con mezzi propri presentate dai privati alla data del 31/12/2017 che all'entrata in vigore del presente regolamento sono state autorizzate ovvero per le quali è decorso, senza diniego, il termine previsto dalla legge per il rilascio.*

Pertanto, al fine di poter assegnare i nuovi posti letto/posti semiresidenziali da autorizzare all'esercizio, tenuto conto che i predetti sono stabiliti in numero pari al 30% dei posti relativi all'accreditamento e che la relativa distribuzione deve avvenire su base distrettuale tenuto conto dei DSS carenti o parzialmente carenti di posti, è necessario dapprima procedere alla ricognizione dei posti letto/posti semiresidenziali già autorizzati all'esercizio o previsti in atti di programmazione regionale o finanziati con fondi FESR. Ciò al fine di stabilire quali siano i DSS carenti o parzialmente carenti di posti e permettere una distribuzione di strutture quanto più omogenea sul territorio nel rispetto del principio di prossimità delle strutture e servizi sociosanitari rispetto al bisogno dell'utenza.

Tale atto ricognitivo sarà approvato entro 60 giorni dall'entrata in vigore del regolamento, come previsto dall'art. 12.1 "Disposizioni transitorie", lettere a) e b) dello stesso regolamento. L'atto ricognitivo riguarderà distintamente sia i posti letto relativi alle strutture residenziali sia i posti semiresidenziali.



REGIONE PUGLIA

Fino alla data di approvazione dell'atto ricognitivo delle strutture di cui all'art. 9, comma 3, lett. a) – e) del regolamento, saranno inammissibili le nuove istanze presentate ai fini dell'ottenimento del parere di compatibilità al fabbisogno regionale per la realizzazione di strutture sociosanitarie, ai sensi della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., propedeutica al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio.

Con la deliberazione che approva l'atto ricognitivo di cui innanzi sarà stabilita la data a decorrere dalla quale sarà possibile presentare le istanze per l'ottenimento del parere di compatibilità al fabbisogno regionale, che sarà rilasciato nel rispetto delle disposizioni impartite con la DGR n. 2037/2013.

Inoltre, la Giunta regionale, con proprio provvedimento, sentite le Direzioni Generali delle AA.SS.LL., procederà a determinare i criteri ulteriori per la ripartizione del 30% dei posti aggiuntivi.

2) ATTO RICOGNITIVO DELLE STRUTTURE RIENTRANTI TRA GLI ACCREDITATI DI CUI AI COMMI 3, 4 E 6 DELL'ART. 10.

L'art. 10 del regolamento "Fabbisogno per l'accreditamento" prevede:

"1. Ai fini dell'accreditamento, il fabbisogno di posti letto in regime residenziale di mantenimento e di posti in regime semiresidenziale di mantenimento per disabili è stabilito in misura pari a 4.081 equivalente a 1 p/1.000 abitanti così suddivisi:

RSA DISABILI	RSA- NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO A PER PERSONE DISABILI GRAVI	RD3	694 pl	0,17/1.000 ab.
	RSA - NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO B PER PERSONE DISABILI, CON MODERATO IMPEGNO ASSISTENZIALE O DISABILI PRIVI DI SOSTEGNO FAMILIARE	RD4	80 pl	0,02/1.000 ab.
CENTRO DIURNO DISABILI	NUCLEI PRESTAZIONI MANTENIMENTO PER DISABILI		3.307 posti	0,81/1.000 ab.



REGIONE PUGLIA

2. *Il fabbisogno regionale di cui al comma 1 è rapportato su base territoriale provinciale (popolazione residente – dati ISTAT 2015)."*

I successivi commi 3 e 4, in riferimento alle RSA disabili, e comma 6, in riferimento ai Centri diurni per disabili, prevedono rispettivamente i posti letto ed i posti semiresidenziali che rientrano tra quelli accreditabili.

Pertanto, al fine di poter accreditare nuovi posti letto/posti semiresidenziali attingendo alla platea di strutture/centri diurni già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del regolamento, è necessario dapprima procedere alla ricognizione dei posti letto/posti semiresidenziali rientranti nella riserva di posti accreditati provvisoriamente di cui ai predetti commi 3, 4 e 6 dell'art. 10 del regolamento.

Tale numero di posti letto/posti semiresidenziali, sottratto al numero totale di posti previsto nella tabella di cui al comma 1 dell'art. 10, determinerà il numero di posti letto/posti semiresidenziali da poter accreditare ex novo, secondo le previsioni dei commi 5 e 7 dello stesso art. 10. Le strutture interessate all'assegnazione dei posti letto/posti semiresidenziali disponibili ai fini dell'accreditamento sono rispettivamente le ex RSSA art. 58 RR n. 4/2007 ed i Centri diurni ex art. 60 RR n. 4/2007.

L'atto ricognitivo sarà approvato entro 60 giorni dall'entrata in vigore del regolamento, come previsto dall'art. 12.1 "Disposizioni transitorie", lettere a) e b) dello stesso regolamento. L'atto ricognitivo riguarderà distintamente sia i posti letto relativi alle strutture residenziali sia i posti semiresidenziali.

Si precisa che, come previsto nell'art. 12.1, lettera a) punto 2 e lettera b) punto 2 rientrano nella riserva dei posti accreditati provvisoriamente "i posti letto da assegnare alle strutture ammesse ai finanziamenti di cui all'art. 29 comma 7 della legge regionale n. 9/17 e s.m.i entro la data di entrata in vigore della stessa legge, entro la percentuale pari al 5% dei posti letto/posti di cui alla precedente punto 1", ovvero entro la percentuale pari al 5% dei posti letto/posti semiresidenziali risultanti disponibili a seguito della ricognizione dei posti rientranti nella riserva.

Fino alla data di approvazione dell'atto ricognitivo delle strutture di cui all'art. 10 del regolamento, saranno inammissibili le nuove istanze presentate ai fini dell'ottenimento dell'accreditamento, ai sensi della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., propedeutico all'eventuale sottoscrizione di accordo contrattuale con la competente ASL.



REGIONE PUGLIA

Con l'atto ricognitivo di cui innanzi sarà comunicata la data a decorrere dalla quale sarà possibile presentare le istanze per l'ottenimento dell'accreditamento.

Inoltre, ai sensi dell'art. 12.3 del regolamento "NORME TRANSITORIE PER LE COMUNITÀ SOCIORIABILITATIVA EX ART. 57 R.R. N. 4/2007 e s.m.i. E PER LE RSSA EX ART. 58 R.R. 4/2007 e smi AUTORIZZATE AL FUNZIONAMENTO E NON CONTRATTUALIZZATE CON LE AA.SS.LL." e dell'art. 12.6 "NORME TRANSITORIE PER I CENTRI DIURNI EX ART. 60 R.R. 4/2007 e smi AUTORIZZATI AL FUNZIONAMENTO E NON CONTRATTUALIZZATI CON LE AA.SS.LL." le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007, le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 ed i Centri diurni ex art. 60 R.R. n. 4/2007 già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del regolamento e non contrattualizzati con la ASL, devono richiedere la conferma dell'autorizzazione all'esercizio rispettivamente come RSA di mantenimento - nuclei di prestazioni di mantenimento per disabili non gravi e nuclei prestazioni mantenimento per disabili gravi e come Centri diurni per disabili con l'obbligo di adeguarsi ai requisiti di cui al nuovo regolamento nei termini di seguito indicati a far data dall'entrata in vigore dello stesso regolamento:

- a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;
- b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007, le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 ed i Centri diurni ex art. 60 R.R. n. 4/2007 possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

Con successivo provvedimento di Giunta, definiti i posti letto/posti semiresidenziali disponibili ai fini dell'accreditamento, si procederà a definire i criteri di ripartizione di tali posti su base provinciale, così come previsto nell'art. 10, commi 5 e 7.

I successivi commi 2 degli artt. 12.3 e 12.6 prevedono che le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 ed i Centri diurni ex art. 60 R.R. n. 4/2007 già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzati con la ASL, a seguito dell'approvazione dell'atto di Giunta regionale di cui all'art. 12.1, lett. a) e b), e relativamente ai posti letto disponibili possono presentare istanza di accreditamento rispettivamente come RSA di mantenimento per disabili gravi e come Centri diurni per disabili.

Dal combinato disposto dei commi 5 e 7 dell'art. 10 e artt. 12.3 e 12.6, le le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 ed i Centri diurni ex art. 60 R.R. n. 4/2007 già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del regolamento e non contrattualizzati con la ASL potranno presentare contestualmente istanza di conferma di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento, sempre successivamente all'atto ricognitivo di cui innanzi con il quale sarà comunicata la data a decorrere dalla quale sarà possibile presentare le predette istanze.



REGIONE PUGLIA

Resta fermo che all'atto della presentazione dell'istanza, le strutture devono essere già in possesso dei requisiti tecnologici ed organizzativi previsti dal regolamento.

3) ATTO DI GIUNTA REGIONALE DI RECEPIMENTO DELLE PREINTESE TRA REGIONE E RSA EX R.R. 3/2005, RSSA EX ART. 58 R.R. 4/2007, COMUNITÀ SOCIORIABILITATIVA EX ART. 57 R.R. N. 4/2007, CENTRI DIURNI EX ART. 60 R.R. 4/2007 CONTRATTUALIZZATI CON LE AA.SS.LL.

Le strutture di cui al presente punto 3), rientranti nel fabbisogno di posti accreditabili, devono convertire i relativi posti letto/posti nei nuovi nuclei previsti dal regolamento.

A tal fine il processo di conversione, per le predette strutture, avverrà sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, a seguito dell'atto ricognitivo di cui al punto 12.1, esiterà in preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore da parte del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, da approvarsi con atto di Giunta regionale (piano di conversione).

Pertanto, le strutture di cui innanzi saranno convocate dal Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti a seguito dell'approvazione dell'atto ricognitivo dei posti accreditabili di cui al predetto punto 2).

Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, le RSA ex R.R. 3/2005, le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007, le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007, i Centri diurni ex art. 60 RR 4/2007 manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate all'esercizio ed accreditate con le relative tariffe vigenti alla stessa data.

Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del regolamento e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di conversione dei posti letto/posti, le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accreditamento relative alle RSA ex R.R. 3/2005, alle RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007, alle Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007, ai Centri diurni ex art. 60 RR 4/2007, contrattualizzati con le AA.SS.LL., sono inammissibili.

4) ATTO RICOGNITIVO DEI POSTI LETTO OCCUPATI DA PAZIENTI PSICHIATRICI IN RSSA EX ART. 58 R.R. 4/2007 E ATTO DI GIUNTA REGIONALE DI



REGIONE PUGLIA

RECEPIMENTO DELLE PREINTESE TRA REGIONE E RSSA EX ART. 58 R.R. 4/2007

Il regolamento all'art. 10, comma 3. Lett. i) prevede che rientrino nel processo di accreditamento e in aggiunta al fabbisogno determinato dallo stesso art. 10, comma 1, i posti letto di RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale con la ASL che alla data di entrata in vigore del regolamento sono occupati da a) pazienti provenienti dagli Istituti Ortofrenici e dalle strutture manicomiali e b) soggetti psichiatrici stabilizzati inviati dal Dipartimento di Salute Mentale. Tali posti letto si riconvertono in posti letto di mantenimento per disabili di tipo A.

Come previsto dall'art. 12.8 del regolamento le strutture, relativamente ai posti letto occupati dai predetti pazienti, devono convertire i relativi posti letto nei nuovi nuclei previsti dal regolamento.

Pertanto, si procederà dapprima ad acquisire dalle AA.SS.LL. i dati relativi al numero dei posti occupati dai predetti pazienti e le RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 coinvolte in tale percorso, atto propedeutico al processo di conversione che avverrà sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, ed esiterà in preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore da parte del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, da approvarsi con atto di Giunta regionale (piano di conversione).

Pertanto, le strutture di cui innanzi saranno convocate dal Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti a seguito della ricognizione dei posti accreditabili.

Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate all'esercizio con le relative tariffe vigenti alla stessa data.

Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del regolamento e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di conversione dei posti letto/posti, le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accreditamento relative alle RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 sono inammissibili.

5) ATTI DI GIUNTA REGIONALE DI APPROVAZIONE DELLE NUOVE TARIFFE REGIONALI E DEGLI SCHEMI – TIPO DI ACCORDI CONTRATTUALI PER RSA E CENTRI DIURNI



REGIONE PUGLIA

Contestualmente al percorso di ricognizione e di conversione dei posti letto/posti valevole ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento di cui ai precedenti punti 1), 2) e 3), la competente struttura regionale, a partire dall'entrata in vigore del regolamento, procederà a predisporre le nuove tariffe regionali di riferimento per le RSA e Centri diurni nel rispetto dei requisiti previsti dallo stesso regolamento.

Parimenti, la competente struttura regionale, a partire dall'entrata in vigore del regolamento, procederà a predisporre gli schemi-tipo di accordi contrattuali che le Aziende Sanitarie Locali utilizzeranno per la sottoscrizione dei contratti con le RSA ed i Centri diurni.

Si ribadisce che fino all'ottenimento dei provvedimenti di accreditamento e di eventuale sottoscrizione degli accordi contrattuali con le competenti AA.SS.LL., non si potranno applicare le nuove tariffe di riferimento per le RSA ed i Centri diurni. Pertanto, fino a quella data continueranno ad applicarsi le vigenti tariffe regionali.

REGOLAMENTO REGIONALE 21 gennaio 2019, n. 6

“Regolamento regionale sull’Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario-Residenza Sanitaria Assistenziale R1.”

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE:

VISTO l’art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla legge costituzionale 22 novembre 1999 n. 1, nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta Regionale l’emanazione dei regolamenti regionali;

VISTO l’art. 42, comma 2, lett. c) della L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto della Regione Puglia”;

VISTO l’art. 44, comma 2, della L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto del Regione Puglia” così come modificato dalla L.R. 20 ottobre 2014, n. 44;

VISTA la Delibera di Giunta Regionale N° 2023 del 15/11/2018 di adozione del Regolamento;

EMANA IL SEGUENTE REGOLAMENTO

ART. 1 FINALITA’

La Residenza Sanitaria Assistenziale R1 (RSA R1) eroga prestazioni in regime residenziale intensive di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario, alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica tale da non richiedere ricovero ospedaliero, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore.

La RSA R1 eroga prestazioni a pazienti affetti da SLA o altre sindromi neurodegenerative in fase avanzata, pazienti con patologie croniche con necessità di assistenza respiratoria, portatori di tracheostomia, nutrizione artificiale (enterale o parenterale), o comunque confinate a letto e con dipendenza totale per l’alimentazione, il controllo degli sfinteri, l’igiene personale, in fase di stabilizzazione clinica, che abbiano completato i necessari precedenti protocolli riabilitativi ma per problematiche sociali e/o tecnico-organizzative non possono essere assistiti a domicilio.

I trattamenti, non erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità, sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici monouso e di assistenza protesica.

L’attività di assistenza a questi soggetti è caratterizzata da:

- attività di nursing con fisioterapia al mantenimento delle condizioni già raggiunte all’interno delle UU.OO. ospedaliere e di riabilitazione di provenienza nonché alla prevenzione di ulteriori complicanze da patologie sovrapposte;
- continua sorveglianza medica adeguata allo “status” di ogni singolo paziente da parte di staff medico-specialistico;
- programmazione concordata con l’équipe medico-specialistica, dell’intervento guidato e della collaborazione

dei parenti in tutte quelle attività che, con stimoli familiari al paziente, mirino a risvegliare una coscienza reattiva all'ambiente esterno e/o sostengano l'ospite nelle relazioni e nella comunicazione.

La RSA R1 è articolata in nuclei di 20 persone. Essa si colloca prioritariamente all'interno dei Presidi Territoriali di Assistenza pubblici.

ART. 2

NUCLEO DI ASSISTENZA INTENSIVA DI CURA E MANTENIMENTO FUNZIONALE, AD ELEVATO IMPEGNO SANITARIO

Il Nucleo ospita pazienti ad alta complessità (PAC) nella fase cronica che presentano spesso problematiche sistemiche e comorbidità.

Il nucleo ospita pazienti adulti che hanno superato la fase acuta della malattia, stabilizzati nelle funzioni vitali e con necessità d'intervento intensivo di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario secondo il modello previsto dal presente regolamento e di supporto multiprofessionale distribuito nell'arco delle 24 ore.

Al nucleo in RSA R1 si accede con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS di residenza del paziente, previa redazione del PAI, su prescrizione-proposta:

- 1) del Medico dell'Unità Operativa per trasferimento da struttura ospedaliera per acuti che dimette il paziente;
- 2) del Medico dell'Unità Operativa per trasferimento da struttura ospedaliera di riabilitazione cod. 28, cod. 75, cod. 56 o di lungodegenza cod. 60;
- 3) della U.O. del DIP. MFeR insistente nella ASL ove ha residenza il paziente per trasferimento dai Presidi di riabilitazione territoriale;
- 4) del MMG per trasferimento da struttura di post-acuzie o dagli ospedali di comunità.

La prescrizione dei precedenti punti 1), 2) e 3) deve essere firmata e timbrata dal dirigente medico che la rilascia sotto la propria personale responsabilità. La prescrizione deve espressamente indicare che *"il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate, necessita di n. _____ mesi di trattamento assistenziale intensivo di cura e mantenimento funzionale in RSA R1. Il paziente richiede elevato impegno assistenziale (nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore) e non può essere avviato ad altro setting assistenziale minore e/o di assistenza domiciliare."* In nessun caso il medico competente alla redazione della prescrizione-proposta può omettere o rifiutarsi di procedere per ragioni che non attengono rigorosamente alla valutazione medica del rischio di instabilità, o rinviare la valutazione ad altra figura di cui alle lett. Da 1) a 4) del precedente comma.

La valutazione del rischio di instabilità clinica deve essere effettuata dal prescrittore, il quale compila la scheda di presentazione del paziente, di cui all'allegato A al presente regolamento, in cui è inclusa la NEWS che esprime un indice di probabilità di deterioramento clinico e la CIRS (Modified Cumulative Illness Rating Scale - versione 10/2013). I dati riportati nella scheda devono essere stati rilevati non oltre le 48 ore precedenti la richiesta. La NEWS e la CIRS, benché approvate dalla comunità scientifica, sono soltanto uno strumento indicativo. Resta ferma la responsabilità del dirigente medico nella valutazione clinica del paziente.

Si può accedere al nucleo della RSA R1 se sussiste il bisogno assistenziale intensivo di cura e mantenimento funzionale e il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate.

In nessun caso un paziente che necessiti di tale setting assistenziale ma che sia in condizione di potenziale alto rischio di instabilità clinica può accedere all'assistenza extraospedaliera erogata dal nucleo di RSA R1.

La presa in carico del paziente deve essere concordata e comunicata dalla struttura, entro 5 giorni lavorativi, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente l'avvenuta presa in carico. Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe).

La durata del trattamento residenziale intensivo di cura e mantenimento funzionale può essere di massimo 12 mesi salvo proroga da parte dell'UVM, così come indicato nella prescrizione del Medico dell'U.O. ospedaliera o nella autorizzazione della U.O. del DIP. MFeR. Al termine del percorso di trattamento assistenziale intensivo, in assenza di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo di RSA R1 e persistendo il bisogno del paziente di assistenza, questi sarà trasferito in altro setting assistenziale appropriato, preferibilmente di tipo domiciliare.

La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo di RSA R1 deve essere preventivamente autorizzato, secondo le procedure che saranno definite con i soggetti interessati, dall'UVM del DSS nella quale insiste la struttura erogante.

A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 20 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica inderogabilmente la richiesta di proroga all'UVM del DSS nella quale insiste la struttura erogante, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga.

Analogha procedura è attivata in caso di esito negativo alla richiesta di proroga.

Decorsi inutilmente i termini dei 20 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata.

Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe) in sede di verifica dell'appropriatezza che vale fatto salvo il periodo di proroga tacitamente accordato.

ART.3

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

La RSA R1 deve essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

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

In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali.

I requisiti di cui sopra devono essere valutati tenendo conto delle specifiche deroghe previste dalle normative vigenti ivi compresa quella riguardante l'eliminazione delle barriere architettoniche per gli edifici costruiti antecedentemente all'entrata in vigore delle norme di cui alla legge 09.01.1989, n.13, nonché di piani di adeguamento che devono essere presentati dalle Aziende Sanitarie Locali.

ART.4

REQUISITI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

4.1 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Standard dimensionali e strutturali

Gli standard dimensionali sono determinati nelle misure che seguono, tenendo presente che gli standard rapportati alle persone sono da considerarsi netti, in quanto fanno riferimento a superfici utili per lo svolgimento delle funzioni specifiche:

- a) la superficie totale utile funzionale delle strutture è fissata in un minimo di mq 40 per ospite;
- b) per le camere (bagno escluso):
 - minimo mq 12 per una persona;
 - minimo mq 18 per due persone;
- c) le restanti aree di attività e di servizio sono da dimensionarsi nel computo complessivo di 40 mq per ospite di cui alla precedente lettera a);
- d) nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in difetto entro il 20% degli standard di riferimento, fatta eccezione per le camere che devono rispettare le dimensioni minime.

Le porte devono possedere caratteristiche tali da limitare l'ingombro durante l'apertura (P. es. porte scorrevoli, rototraslanti...). Le porte di accesso a camere, bagni o ambienti con spazi di manovra ridotti devono aprire verso l'esterno anche per consentire il soccorso a pazienti in caso di caduta. Quando la porta apre verso vie di fuga o uscite di emergenza il senso di apertura deve essere verso l'esodo. La luce netta della porta deve essere di misura tale da consentire il passaggio di letti con ruote, barelle doccia e carrozzine.

I pavimenti devono avere una superficie antisdrucchiolo e non presentare dislivelli, asperità, sconnessioni e gradini nelle aree utilizzate dai degenti. Nelle aree di transito comuni a degenti e visitatori eventuali dislivelli devono essere eliminati con brevi rampe a bassa pendenza (max 4-5%).

I corridoi devono avere larghezza sufficiente per consentire il transito di carrozzine o barelle e comunque dimensioni e caratteristiche adeguate all'esodo in situazioni di emergenza.

I percorsi esterni non devono presentare buche o sporgenze che li ingombrino così da rendere sicuro il movimento ed il transito delle persone e dei mezzi di trasporto.

Area abitativa

Devono essere presenti:

- camere da 1 o 2 letti. All'interno di ogni camera deve essere garantita:
 - la privacy degli ospiti, anche attraverso l'impiego di divisori mobili, l'accesso e il movimento delle carrozzine, l'uso dei sollevatori e il passaggio delle barelle;
 - a ciascun posto letto, l'accessibilità contemporanea di due operatori per lato, onde garantire le necessarie manovre assistenziali, nonché la possibilità di trasferimento dei pazienti sia su carrozzina che barella;
 - la presenza di bagno attrezzato per la non autosufficienza, con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine e sollevatore, dotato di lavandino, wc, doccia a pavimento o vasca, bidet;
 - la presenza di un armadio porta abiti e di un mobile basso (con funzione di comodino, scarpiera) per posto letto. Gli arredi devono essere compatibili con la patologia del paziente;
 - TV.

- almeno il 30% dei posti letto dotati di monitoraggio delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica che possono necessitare per i pazienti di recente trasferiti dalle terapie intensive o per possibili aggravamenti improvvisi;

Servizi di nucleo

Devono essere presenti per ciascun nucleo:

- locale soggiorno/TV/spazio collettivo;
- sala da pranzo anche plurinucleo;
- angolo cottura;
- deposito attrezzature, ortesi e ausili vari;
- locale di servizio per il personale con annessi servizi igienici;
- un bagno assistito per immersione totale in posizione supina (dovranno essere garantiti spazi idonei a consentire le manovre al personale di assistenza);
- locale deposito biancheria pulita (articolato per piano per nuclei presenti su più piani);
- locale deposito materiale sporco, con vuotatoio e lavapadelle (articolato per piano per nuclei presenti su più piani);
- locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, etc. (articolato per piano per nuclei presenti su più piani);
- locale attività pedagogico-educativa, addestramento professionale, tempo libero.

Area destinata alla valutazione e alle terapie

Tale area, che deve essere opportunamente individuata e indicata all'interno della struttura, può servire anche diversi nuclei. In tal caso devono essere presenti, per ognuna delle tipologie di locali elencati di seguito, almeno un locale per nucleo. Devono essere previsti:

- ambulatorio o studio medico attrezzato per visite e valutazioni specifiche;
- una sala medicazione, attrezzata anche per la piccola chirurgia, dotata di scialitica e stativo;
- locali per l'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione. Nello specifico:
 - locale per fisiokinesiterapia;
 - locale per terapia occupazionale;
 - locale per terapia cognitiva;
 - locale per terapia del linguaggio;
 - locale per urologia (patologie cerebrali e/o spinali);
- palestra con attrezzature e presidi necessari per le specifiche attività riabilitative previste;
- locale per l'attività infermieristica;

Area della socializzazione

Tale area, che deve essere opportunamente individuata e indicata all'interno della struttura, può servire anche diversi nuclei.

Devono essere presenti:

- servizi per l'assistenza religiosa e relativi locali;
- locale bar (in alternativa distributori automatici di alimenti e bevande);

- soggiorno polivalente;
- bagni per i visitatori, di cui almeno uno accessibile alle persone con disabilità;
- ove possibile aree verdi attrezzate, e accessibili alle persone con disabilità, all'interno del complesso. L'area verde è obbligatoria per le strutture di nuova realizzazione.

Servizi a richiesta dell'utenza

- locali per servizi al degente (es.: barbiere, parrucchiere, podologo);
- possibilità di servizio lavanderia esterno;

Aree generali e di supporto

Tale area, che deve essere opportunamente individuata e indicata all'interno della struttura, può servire anche diversi nuclei.

Devono essere previsti:

- ingresso con portineria, posta, telefono;
- uffici amministrativi con archivio per la documentazione clinica e amministrativa;
- Sala riunioni;
- cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo sporzionamento);
- lavanderia e stireria (se il servizio è appaltato all'esterno locali per lo stoccaggio);
- servizio di pulizia (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo stoccaggio attrezzi e materiale vario);
- magazzini;
- spogliatoi per il personale con annessi bagni;
- deposito pulito;
- deposito sporco;
- camera mortuaria con sala dolenti.

Tutti i corridoi e le scale devono essere forniti di corrimano.

In caso di strutture a più piani, devono essere presenti impianti elevatori tra cui un montalettighe e un ascensore. Le dimensioni degli ascensori devono essere tali da garantire l'accesso almeno ad una carrozzina e un operatore.

4.2 REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Tutti gli ambienti delle varie aree e servizi (area abitativa, servizi di nucleo, area destinata alla valutazione e alle terapie, area della socializzazione, aree generali e di supporto) devono essere dotati di impianto di riscaldamento e di condizionamento.

In ogni struttura è presente e accessibile il carrello per la gestione delle emergenze/urgenze, completo di defibrillatore, saturimetro, materiale per l'assistenza respiratoria [pallone AMBU (Assistant Manual Breathing Unit), maschere facciali e orofaringee], sfigmomanometro, fonendoscopio, laccio emostatico, siringhe, materiale per medicazione e farmaci di pronto intervento previsti dalla normativa vigente.

Devono essere presenti:

- almeno due posti letto dotati di monitoraggio delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica che possono rendersi necessari per i pazienti di recente trasferiti dalle terapie intensive o per possibili aggravamenti improvvisi;
- letti elettrici articolati con sponde e ruote (per tutti i posti letto residenza) e che si possano abbassare fino a 40 cm;
- materassi antidecubito ad alta tecnologia (se a camere d'aria alternanti, deve essere prevista la possibilità di sgonfiaggio veloce per il massaggio cardiaco) per ogni posto letto; nella dotazione complessiva deve esservi la disponibilità di materassi per pazienti a rischio medio alto di lesioni da pressione o con lesioni da pressione gravi (IV stadio secondo la scala di Braden) p. es materassi a fluttuazione e materassi a cessione d'aria.
- cuscini antidecubito;
- sistema di chiamata/allarme, inclusi quelli per tetraplegici a succhio-soffio o con bottone;
- sollevatori pazienti elettrici con diverse tipologie di imbragature;
- 1 sollevatore per obesi (anche plurinucleo);
- almeno 2 seggioloni polifunzionali;
- carrozzine, parte standard con ruote grandi posteriori (dimensioni varie) e con tavolino avvolgente per carrozzina;
- 1 sistema pesapersona per disabili;
- macchina per la tosse;
- almeno 3 apparecchi per aerosolterapia;
- broncoaspiratori / bronco-aspiratori portatili con sistema a batteria ricaricabile;
- disponibilità nella struttura di uno spirometro ed apparecchio per EGA;
- disponibilità nella struttura di un Bladder scanner;
- almeno n. 2 poltroncine doccia;
- comodini bidirezionali per disabili;
- disponibilità di valutazioni neurofisiopatologiche, urodinamiche, monitoraggio pressorio, emogasanalisi;
- attrezzature per la riabilitazione motoria (letto per fisioterapia, cuscini di gomma piuma, tappeto di gomma piuma, parallele, scala svedese, cyclette, pedaliera, apparecchiature per magnetoterapia- elettrostimolazione - ionoforesi);
- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva (materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, etc);
- materiali e strumenti per la terapia occupazionale;
- materiali e strumenti per l'attività ricreativa e di socializzazione;

4.3 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il ruolo di Responsabile sanitario della struttura è affidato a un medico in possesso dei requisiti di cui all'art. 12 della L. R. n. 9/2017.

In caso di assenza o d'impedimento temporanei le funzioni del Responsabile sanitario vengono assunte da un altro medico con le stesse caratteristiche professionali.

Il Responsabile sanitario della RSA R1 deve garantire la presenza per almeno 12 ore settimanali.

Il medico cui è affidata la direzione:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature e degli impianti;
- vigila sulla puntuale osservanza delle norme igienico sanitarie, sulla efficienza e sicurezza dello strumentario e dei locali, sulla validità e corretta applicazione delle metodologie in uso;
- vigila sulla gestione dei farmaci;

- vigila sul rispetto delle norme che regolamentano le incompatibilità del personale;
- garantisce la regolare presenza del personale;
- è responsabile del rispetto del PAI definito dall'UVM competente per ciascun paziente e della sua regolare erogazione;
- è responsabile della registrazione delle cartelle cliniche degli ospiti, del loro aggiornamento periodico e dell'archiviazione;
- vigila sull'aggiornamento tecnologico e formativo in funzione delle disabilità trattate e delle necessità identificate dall'équipe della struttura;
- provvede all'aggiornamento delle metodiche;
- rilascia certificazioni agli aventi diritto.

Tutto il personale operante nella RSA R1 è in possesso delle necessarie qualificazioni professionali previste per gli operatori del SSN, ovvero, nel rispetto della normativa vigente, deve essere in possesso di titolo di studio idoneo per l'accesso ai ruoli sanitari del Servizio sanitario nazionale.

Il personale operante nella struttura deve essere garantito, in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna figura professionale, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente. Il personale operante nella struttura deve avere un rapporto lavorativo di tipo subordinato (tempo indeterminato e determinato) alla diretta dipendenza del titolare della struttura. Il ricorso a contratti a tempo determinato è possibile fino ad un massimo del 20% rispetto al totale del personale in organico, fermo restando il ricorso a contratti a tempo determinato per sostituzioni di personale a seguito di congedi per maternità, aspettativa o malattia. In caso di assenza di personale con diritto alla conservazione del posto di lavoro (maternità, infortunio, malattia) è obbligatoria la sostituzione con personale di pari profilo professionale nel rispetto del debito orario richiesto nella sezione "Requisiti specifici organizzativi".

Il personale medico è composto da medici specialisti in neurologia, cardiologia, geriatria e discipline equipollenti e affini, o specialisti in riabilitazione. Per medico specialista in riabilitazione si intende un medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitativa ed equipollenti, ovvero un medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concorsuali, l'accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative così come individuate dal presente regolamento.*

**cfr. Documento "Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione" del 2011*

Presso ogni struttura, comprendente uno o più nuclei, deve essere presente un medico che garantisca la guardia medica nelle ore notturne e festive con abilitazione BLS (Basic Life Support & Defibrillation) e ILS (Immediate Life Support).

La struttura trasmette l'elenco della dotazione organica alla competente Sezione regionale opportunamente dettagliato con i nominativi degli operatori, la qualifica professionale, il titolo di studio, la data di assunzione e la tipologia del contratto con il debito orario.

Per ogni utente è:

- redatto il Piano Assistenziale Individuale;
- compilata la cartella clinica che deve contenere i dati relativi al paziente (anagrafici, operatori di riferimento, diagnosi, valutazione sociale), il PAI, la scheda infermieristica con il dettaglio delle attività di propria competenza effettuate e quella relativa agli specifici programmi assistenziali-riabilitativi eseguiti, i risultati degli strumenti di valutazione utilizzati, le verifiche con l'indicazione dei risultati raggiunti e la motivazione della chiusura del programma; in cartella sono registrate le eventuali assenze dell'utente dalla struttura, con la relativa motivazione. Nello specifico:

- **il Medico specialista** è responsabile della esecuzione del PAI. L'esecuzione del PAI e le valutazioni specialistiche finalizzate al conseguimento degli obiettivi assistenziali-riabilitativi, anche attraverso la compilazione di scale, da parte del medico responsabile devono essere puntualmente documentati in cartella.
- le attività del **personale infermieristico**, che concorrono al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto per l'intervento assistenziale-riabilitativo, sono anche quelle strettamente legate all'addestramento del paziente/caregivers per:
 - L'utilizzo di dispositivi per il controllo/trattamento dei disordini legati all'evacuazione);
 - Cateterismi intermittenti;
 - Alimentazione per OS – SNG – PEG;
 - Prevenzione lesioni da pressione;
 - Aspirazione delle mucosità orofaringee, pulizia del cavo orale, gestione cannula tracheostomica;
 - Movimentazione dei carichi;
 - Cambi posturali a letto, letto/carrozzina, carrozzina/WC;
 - Igiene – vestizione.

La durata di ognuna di queste attività di addestramento deve essere riportata in cartella.

E' da considerarsi attività infermieristico/assistenziale/riabilitativa anche quella preventiva per l'individuazione di soggetti a rischio, attraverso la compilazione di scale di valutazione specifiche (es.: Indice di Braden, Scala Morse, Scala Stratify), a cura del personale infermieristico (Anche il tempo necessario per la compilazione di ognuna di queste scale deve essere riportato in cartella).

- per i **Fisioterapisti – Logopedisti - Terapisti Occupazionali**: l'intervento riabilitativo deve essere erogato da tali figure professionali nel rapporto terapeuta/paziente 1:1. L'impegno orario di tali figure professionali deve essere documentato nella cartella riabilitativa e controfirmato dal paziente, come da modulo di trattamento riabilitativo di cui all'allegato B al presente regolamento. Qualora il paziente sia impedito, il modulo verrà controfirmato dal Direttore sanitario.
- per l'**Assistente Sociale – Psicologo**: l'impegno orario di tali figure professionali deve essere documentato nella cartella riabilitativa.

L'organizzazione garantisce all'ospite:

- prestazioni di tipo alberghiero comprendenti alloggio, vitto rapportati alle particolari condizioni degli ospiti;
- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose;
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione;
- prestazioni infermieristiche;
- prestazioni riabilitative;
- consulenza e controllo dietologico;
- prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;
- prestazioni di prevenzione della sindrome da immobilizzazione con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto;
- attività di animazione, attività occupazionale, ricreativa di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine; le autonomie e la partecipazione familiare e sociale sono favorite utilizzando anche le risorse del contesto territoriale in cui è ubicata la struttura, comprese le associazioni di volontariato;

- prestazioni per la cura personale (es.: barbiere, parrucchiere, lavanderia) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- l'assistenza religiosa e spirituale favorendo la presenza di diversi assistenti religiosi a seconda della confessione degli ospiti.

Le prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagini, farmaceutiche, di assistenza protesica, di fornitura di dispositivi medici monouso, le visite specialistiche e le prestazioni odontoiatriche, sebbene non erogate dalla struttura, sono assicurate agli ospiti della stessa ai sensi della normativa vigente, attraverso i servizi presenti all'interno del PTA ovvero, qualora non presenti, attraverso altri servizi della ASL.

Un eventuale peggioramento delle condizioni cliniche del paziente che determini la necessità di ricovero ospedaliero per acuzie determinerà l'attivazione del servizio territoriale di emergenza.

La struttura redige la carta dei servizi, da consegnare agli ospiti e ai familiari di riferimento al momento dell'ingresso. Il documento deve specificare:

- la mission;
- la dotazione del personale con le rispettive attribuzioni/compiti;
- le norme igienico sanitarie;
- le finalità ed i metodi di cura/riabilitativi/assistenziali;
- l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo sia agli orari dei pasti e delle visite che alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- l'indicazione delle modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal SSR;
- le modalità di raccolta dei reclami e/o dei suggerimenti per il miglioramento della qualità della struttura.

È garantita alla famiglia una adeguata informazione e partecipazione nonché specifica formazione prima del rientro del paziente nel proprio ambiente di vita.

Il sistema di archiviazione delle cartelle cliniche deve consentire un rapido accesso ai dati.

Le strutture assolvono al debito informativo nei confronti della Regione, delle ASL e delle UVARP anche attraverso l'adesione al Sistema Informativo per l'Assistenza Residenziale, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

ART.5

REQUISITI SPECIFICI PER UN NUCLEO DI RSA R1

5.1 REQUISITI SPECIFICI STRUTTURALI

Sono confermati i requisiti descritti nell'art. 4.1 *Requisiti minimi strutturali*.

5.2 REQUISITI SPECIFICI TECNOLOGICI

Sono confermati i requisiti descritti nell'art. 4.2 *Requisiti minimi tecnologici*

5.3 REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI

È garantita, per ogni paziente, la predisposizione del Progetto Riabilitativo/Assistenziale Individuale con gli specifici programmi e i tempi di realizzazione previsti:

- riabilitazione delle funzioni motorie e sensoriali;
- riabilitazione/assistenza nelle funzioni cardio-respiratorie;
- riabilitazione/assistenza nelle funzioni vescico-sfinteriche;
- riabilitazione/assistenza nelle funzioni digestive (disfagia, deglutizione);
- riabilitazione delle funzioni cognitive/comportamentali e del linguaggio;
- formazione del caregiver;
- presa in carico del nucleo familiare (*informazione/formazione/empowerment/riduzione carico emozionale*).

E' garantita la presenza di:

medico responsabile della struttura;

- medici specialisti;
- psicologi;
- assistenti sociali;
- infermieri;
- terapisti della riabilitazione;
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza;
- dietista.

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi infermieristici che vanno dalla gestione dei supporti vitali al controllo e monitoraggio di condizioni cliniche di per sè croniche, evolutive e a forte rischio di instabilità oltre a necessità di mobilitazione e di cura della persona, connota il numero e la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza.

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale per 20 posti letto.

NUCLEO DI RSA R1 DA 20 POSTI LETTO		
FUGURE PROFESSIONALI	N.UNITA'*	min.assist./paz/die*
MEDICO SPECIALISTA	1	15
INFERMIERE PROFESSIONALE presenza h 24	5,5	72
OSS presenza h 24	5,5	72
TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE	3	36
PSICOLOGO	12 ore	6
ASSISTENTE SOCIALE	12 ore	6
DIETISTA	12 ore	6
TOTALE MINUTI ASSISTENZA		213

**cfr. Documento "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" del Ministero della Salute – Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*

Le figure professionali sono espresse in unità di lavoro a tempo pieno; l'indicazione dei tempi assistenziali minuti assist./paz. / die rappresentano parametri medi di assistenza.

1unità di medico = 38 ore sett.

L'unità di altre figure professionali = 36 ore sett.

Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana

L'attività medica non è inferiore a 300 minuti/die/nucleo. Presso ogni struttura, comprendente uno o più nuclei, deve essere presente un medico che garantisca la guardia medica nelle ore notturne e festive con abilitazione BLSD (Basic Life Support & Defibrillation) e ILS (Immediate Life Support).

La struttura dovrà garantire l'accesso di ogni altro specialista della ASL territorialmente competente secondo le specifiche esigenze dei pazienti presenti.

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex *D.M. 14 settembre 1994 n. 741– D.M. 27 luglio 2000*; logopedista ex *D.M. 14 settembre 1994, n. 742 – D.M. 27 luglio 2000*; terapeuta occupazionale ex *D.M. 17 gennaio 1997, n.136 – D.M. 27 luglio 2000*; educatore professionali ex *D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 – D.M. 27 luglio 2000*) possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia di disabilità prevalentemente trattata e per esigenze di turnazione, fermo restando il numero complessivo di 3 unità; l'assistenza garantita dal suddetto personale non dovrà essere inferiore a 36 minuti al giorno per paziente.

I minuti assistenza per paziente riferiti allo Psicologo, all'Assistente sociale e al Dietista vanno erogati facendo riferimento al fabbisogno settimanale.

L'assistenza infermieristica è assicurata sulle 24 ore per un minimo di 72 minuti/die/paziente.

Gli operatori socio-sanitari devono garantire assistenza per non meno di 72 minuti pro/die a paziente.

Si precisa in ogni caso che deve essere assicurata la presenza contemporanea per nucleo di almeno due operatori durante l'effettuazione di prestazioni quali mobilizzazione, igiene quotidiana, bagno, vestizione, aiuto nell'alimentazione.

ART.6

REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO DELLE RSA R1

Il presente capo disciplina i requisiti che le RSA R1 devono possedere per accedere all'accreditamento istituzionale.

I requisiti sono formulati nel rispetto dei principi di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni e sulla base degli indirizzi contenuti negli atti di programmazione nazionale e regionale e degli indirizzi contenuti nella Deliberazione di Giunta regionale 23 aprile 2013, n. 775.

6.1 OBIETTIVO 1 - SISTEMA DI GESTIONE

6.1.1. Politica, obiettivi e piano di attività.

La direzione della struttura provvede alla definizione delle politiche complessive ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi che per la qualità delle prestazioni per le quali intende accedere all'accreditamento istituzionale.

Per esplicitare le politiche complessive, gli obiettivi e le relative modalità di realizzazione, la direzione adotta un documento in cui sono riportati:

- a) la missione e cioè la ragione d'essere della organizzazione ed i valori cui si ispira;
- b) i campi prioritari di azione ed i metodi da adottare per raggiungere gli obiettivi che devono:
 - 1) essere articolati nel tempo;

2) risultare congruenti con gli obiettivi previsti nei documenti di programmazione sanitaria regionale.

La direzione della struttura deve coinvolgere nella elaborazione del documento tutte le articolazioni organizzative al fine di garantirne la forte condivisione dei contenuti.

La direzione della struttura deve altresì tenere in considerazione le indicazioni provenienti da associazioni e comitati e i suggerimenti raccolti direttamente dagli utenti attraverso comunicazioni, interviste, questionari, reclami.

La direzione deve esplicitare a tutte le articolazioni organizzative interessate gli obiettivi e le funzioni ad esse assegnate.

6.1.2. Obiettivi della struttura sanitaria

Gli obiettivi della struttura devono tenere in considerazione i seguenti elementi:

- a) la valutazione dei bisogni e della domanda;
- b) il soddisfacimento del cittadino-utente in conformità alle norme e all'etica professionale;
- c) il continuo miglioramento del servizio;
- d) l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni di servizio.

6.1.3. Obiettivi generali

Gli obiettivi generali sono commisurati al lungo periodo di quattro anni e devono:

- a) essere stabiliti sia per quanto riguarda la tipologia dei servizi che la qualità delle prestazioni che si intendono erogare;
- b) essere congruenti con le risorse specificamente assegnate;
- c) essere compatibili con gli impegni che la direzione della struttura è in grado di sostenere per garantirne il raggiungimento;
- d) essere motivati (sulla base del bisogno, della domanda o di un mandato).

6.1.4. Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici costituiscono la base della pianificazione economica operativa della struttura sanitaria e hanno la caratteristica di essere improntati sul medio e breve periodo.

Gli obiettivi specifici devono coniugare realisticamente i volumi di attività previsti, le risorse disponibili, le iniziative programmate di adeguamento delle risorse, le attività di miglioramento e i risultati attesi in termini di efficacia e di efficienza delle prestazioni.

Essi debbono inoltre:

- a) essere inseriti in un piano di attività in cui sono chiaramente identificate le responsabilità per la loro attuazione;
- b) essere misurabili;
- c) assoggettati a scadenze (inizio e fine delle attività connesse);
- d) essere articolati nel tempo;
- e) essere sottoposti a valutazione periodica per verificare in quale misura sono stati raggiunti.

Il piano di attività deve, in particolare, comprendere:

- a) la tipologia ed il volume di attività erogabili, in rapporto alle risorse strutturali tecnologiche ed umane presenti nella struttura ed ai limiti di spesa fissati a livello regionale e locale;

- b) le modalità di erogazione del servizio;
- c) l'organigramma con il quale sono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo, definite le loro funzioni;
- d) l'assegnazione di specifiche responsabilità durante le varie fasi previste per il raggiungimento degli obiettivi specifici, comprese quelle inerenti alle revisioni o modifiche del piano stesso durante la sua realizzazione;
- e) le specifiche procedure documentate o le istruzioni da applicare;
- f) il metodo, le scadenze e gli strumenti, indicatori, per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici;
- g) eventuali nuove iniziative previste per conseguire gli obiettivi specifici.

Il documento della struttura deve essere datato, firmato dalla direzione e riesaminato dalla stessa a intervalli prestabiliti, almeno ogni quattro anni, in modo da assicurarne la continua adeguatezza alle linee di indirizzo, l'efficacia a generare eventuali cambiamenti strutturali ovvero organizzativi, la idoneità in riferimento alle risorse specificamente assegnate.

6.1.5. Diffusione - Condivisione - Motivazione

Per garantire la comprensione, la condivisione o il rispetto degli obiettivi contenuti nel documento emesso dalla direzione della struttura esso deve essere reso disponibile al personale coinvolto direttamente o indirettamente nella erogazione del servizio, affinché tutte le attività possono essere riferite agli indirizzi che vi sono espressi.

La direzione della struttura deve sostenere la politica, gli obiettivi e il piano di attività espressi nel documento, garantendo la disponibilità delle risorse e dei mezzi necessari e assicurandosi, mediante iniziative specifiche, che il personale coinvolto lo sostenga, lo comprenda e lo attui, tenuto conto che in un'organizzazione che eroga servizi, le singole persone costituiscono una risorsa molto importante e il comportamento e le prestazioni influiscono direttamente sulla qualità dei servizi erogati.

Per migliorare la motivazione del personale, la sua crescita, la sua capacità relazionale, la qualità delle prestazioni erogate, la direzione deve assumersi la responsabilità o designare un proprio delegato, se le dimensioni o la complessità della struttura lo richiedono, di:

- a) predisporre un ambiente di lavoro che stimola il miglioramento e consolida i rapporti di collaborazione;
- b) assicurare che siano ben compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;
- c) curare che tutti siano consapevoli di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito al cittadino-utente;
- d) verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza nella misurazione;
- e) accertare periodicamente la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio;
- f) raccogliere suggerimenti, proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza, efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;
- g) verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza alla organizzazione.

6.1.6. Risorse umane

Nelle organizzazioni sanitarie il personale rappresenta un elemento primario nei vari processi di produzione ed erogazione di prestazioni e servizi. Le attività sanitarie, per loro natura, non sono sempre standardizzabili in quanto l'ambito discrezionale del contributo professionale è sempre presente in relazione al livello di responsabilità ed in grado quindi di influenzare il risultato, quando il contributo professionale ai processi produttivi di una organizzazione rappresenta una variabile così rilevante, la sua gestione assume inevitabilmente valenza strategica. Di conseguenza, nelle strutture sanitarie, la scelta di professionalità adeguate e gli strumenti necessari per gestirle, rappresentano un aspetto molto rilevante per l'organizzazione dei servizi.

I requisiti di carattere generale cui devono attenersi i soggetti titolari delle strutture oggetto del presente regolamento sono:

il personale con rapporto di dipendenza deve garantire la continuità delle prestazioni, la gestione delle situazioni a rischio ed il regolare svolgimento dei diversi compiti di assistenza previsti, con l'adozione di un documento che riporta:

- 1) il fabbisogno del personale a rapporto di dipendenza definito sulla base dei volumi, delle tipologie delle attività e di quanto previsto nell'ambito dei requisiti specifici contenuti negli articoli seguenti del presente regolamento, per ciascuna tipologia di attività;
- 2) la dotazione del personale a rapporto di dipendenza in servizio suddiviso per ruolo, profilo professionale e posizione funzionale, nonché la dotazione di personale in servizio con altra tipologia di rapporto di lavoro;
- 3) il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale impiegato;
- 4) il possesso da parte del personale sanitario a rapporto di dipendenza - medico, psicologo, infermieristico, tecnico della riabilitazione e socio-sanitario dei requisiti di accesso che devono risultare identici a quelli richiesti per l'accesso al SSN;
- 6) la corretta applicazione, nei confronti del personale, dei contratti collettivi nazionali di lavoro di categoria.

La programmazione dell'eventuale avvicendamento del personale deve essere tale da assicurare la continuità relazionale e la presenza di referenti per singoli pazienti.

6.1.7. Controllo del sistema per misurazioni

Procedure per il controllo e adeguamento del sistema di misurazione del servizio sono previste per provare validità e affidabilità di tutte le misure incluse inchieste e questionari di soddisfazione dell'utente.

La struttura prevede punti di misura e frequenze di misurazione per la rappresentazione dell'andamento nel tempo e stabilisce le responsabilità della misurazione.

Sono redatte procedure o istruzioni sui dati da raccogliere, indicando come, dove e da chi sono rilevati e quale modulistica è utilizzata per la registrazione.

6.1.8. Miglioramento della qualità

La qualità è una caratteristica essenziale ed indispensabile dell'assistenza sanitaria, un diritto di ogni paziente e di ogni comunità, un obiettivo prioritario, specialmente in situazioni di risorse limitate e restrizioni economiche.

Il fine prioritario della politica sanitaria della Regione Puglia è la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, in termini di equità, d'accesso, umanizzazione delle cure, gestione del rischio clinico, qualità della vita, soddisfazione dell'utente e uso appropriato delle risorse, anche sulla base di rapporti costi-efficacia.

Una valutazione sistematica e rigorosa dell'assistenza è legittima per verificare se le risorse sono utilizzate in maniera appropriata e fornire la migliore qualità possibile dell'assistenza sanitaria.

I soggetti pubblici e privati hanno la responsabilità di garantire e migliorare sistematicamente la buona qualità dell'assistenza fornita ai pazienti, attraverso adeguate politiche di miglioramento. Le attività di miglioramento continuo della qualità sono definite come "insieme di attività e di misurazioni integrate e progettate ai vari livelli nell'organizzazione sanitaria, che tende a garantire ed a migliorare di continuo la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti". Queste azioni riguardano l'insieme del processo assistenziale, dall'identificazione del bisogno sanitario agli esiti delle cure prestate. Il miglioramento della qualità è considerato un processo

continuo attraverso il quale gli aspetti importanti dell'assistenza sono monitorati e migliorati se necessario e le novità selezionate continuamente. Per garantire e migliorare l'assistenza sanitaria è necessario valutare di continuo se l'assistenza al paziente risponde a criteri di qualità, per mantenere una buona qualità laddove esiste, identificando attraverso il confronto fra produttori, le buone pratiche ed applicando nella pratica i risultati della ricerca clinica e la valutazione delle tecnologie, attraverso linee guida e raccomandazioni basate sull'evidenza.

Gli aspetti della struttura, dei processi e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) sono valutati e migliorati se necessario. Le opinioni dei soggetti coinvolti, operatori sanitari, pazienti, finanziatori, autorità, sulla buona qualità dell'assistenza sanitaria sono incluse nelle attività di valutazione e miglioramento della qualità.

La valutazione delle tecnologie è strumento per la misurazione dell'efficacia dei metodi dell'assistenza sanitaria. Oggetto di valutazione sono sia i metodi nuovi, sia quelli conosciuti da tempo e stabilizzati di prevenzione, diagnosi e terapia.

La valutazione interna, il miglioramento ed il mantenimento della buona qualità si completano con la valutazione esterna, che deve essere parallela e di supporto alla valutazione interna ed al miglioramento.

Nel creare le condizioni per il miglioramento della qualità del servizio, occorre:

- a) incoraggiare e sostenere uno stile direzionale che sia d'aiuto;
- b) promuovere i valori, gli atteggiamenti ed i comportamenti che incoraggiano il miglioramento;
- c) definire chiari traguardi per il miglioramento della qualità;
- d) incoraggiare una comunicazione efficace e il lavoro di gruppo;
- e) riconoscere i successi ed i risultati ottenuti;
- f) formare ed addestrare per il miglioramento.

Attraverso la pianificazione e il coinvolgimento del personale operativo si persegue il miglioramento con l'identificazione e la segnalazione di servizi o di situazioni diverse dal pianificato di modo che diventino dovere e responsabilità d'ogni membro della struttura.

La struttura attua azioni preventive per l'eliminazione o la riduzione della ricorrenza del problema.

Le condizioni necessarie per attivare il miglioramento della qualità richiedono valori, atteggiamenti nuovi, comportamenti condivisi, che si estrinsecano in:

- a) focalizzazione sul soddisfacimento dei bisogni degli utenti, sia interni che esterni;
- b) coinvolgimento di tutte le articolazioni organizzative della struttura nel miglioramento della qualità;
- c) dimostrazione dell'impegno, ruolo guida e coinvolgimento della direzione;
- d) enfaticizzazione sul miglioramento come parte del lavoro di ognuno, in gruppo o individuale;
- e) facilitazione alla comunicazione aperta e all'accesso a dati ed informazioni;
- f) promozione del lavoro di gruppo e del rispetto per l'individuo;
- g) assunzione delle decisioni sulla base dell'analisi dei dati.

Le attività di miglioramento della qualità del servizio sono mirate al conseguimento di miglioramenti nel breve e lungo termine e comprendono:

- a) l'identificazione dei dati pertinenti da raccogliere;
- b) l'analisi dei dati, dando priorità a quelle attività aventi il maggior impatto negativo sulla qualità del servizio;
- c) le informazioni di ritorno, sui risultati delle analisi verso la direzione della struttura con raccomandazioni per il miglioramento immediato del servizio.

6.1.9. Obiettivi del miglioramento

Gli obiettivi del miglioramento sono specificati per ogni articolazione organizzativa, e sono strettamente integrati con gli obiettivi generali definiti dalla direzione della struttura, tenendo conto della soddisfazione dell'utente e dell'efficacia ed efficienza dei processi.

Gli obiettivi del miglioramento sono:

- a) misurabili nella realizzazione;
- b) assoggettati a scadenza;
- c) chiaramente comprensibili;
- d) pertinenti.

Le strategie per raggiungere gli obiettivi di cui sopra sono compresi e concordati da coloro che lavorano insieme per raggiungerli, oltre che riveduti e rispondenti i cambiamenti d'aspettativa dell'utenza.

I responsabili dei piani di miglioramento predispongono una metodologia di lavoro, mirata all'efficienza e all'efficacia del complesso di attività di servizio delle strutture.

I responsabili stimolano la partecipazione del personale ad ogni livello attraverso suggerimenti, attività e programmi di miglioramento continuo tecnico, organizzativo con riduzione dei costi. Ogni risorsa umana delle varie articolazioni operative, se coinvolta, può presentare proposte valide, frutto dell'esperienza diretta.

6.1.10. Metodologia di raccolta suggerimenti utenti

La valutazione dell'utente è la misura finale della qualità di un servizio, essa può essere immediata, ritardata o retrospettiva e spesso è l'unico elemento di giudizio di un utente sul servizio ricevuto.

La struttura effettua valutazioni e misurazioni continue della soddisfazione dell'utente, focalizzando su quanto i requisiti del servizio (comprese le modalità di erogazione) soddisfano le esigenze dell'utenza. A tal fine la struttura predispone, almeno una volta l'anno, una raccolta (questionari, sondaggi, indagini) sul grado di soddisfazione degli utenti per tenerne conto in sede di pianificazione dei programmi per il miglioramento del servizio.

6.1.11. Metodologie di confronto con comitati od associazioni

Il miglioramento della qualità prevede programmi dedicati a raccogliere dati, suggerimenti ed idee innovative da realtà esterne e rappresentative del collettivo dell'utenza, quali organismi di rappresentanza e di volontariato.

6.2 OBIETTIVO 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI

6.2.1. La carta dei servizi

I soggetti erogatori di servizi sanitari revisionano e pubblicizzano, in conformità al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 2005, la carta dei servizi che costituisce un obbligo di legge ed offre alla organizzazione l'opportunità di rivedere e gestire i propri processi in efficienza, focalizzandoli sulla soddisfazione dell'utente, partendo dalla definizione degli impegni circa il servizio da erogare.

La carta è redatta con la consultazione delle categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato

rappresentative del collettivo dell'utenza. Del processo di consultazione deve esistere documentazione scritta al fine di preservare l'evidenza del contributo di ognuno.

La carta dei servizi sanitari è il patto tra le strutture del SSN ed i cittadini, secondo i seguenti principi informativi:

- a) imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi;
- b) piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;
- c) definizione di standard e assunzione di impegni da parte dell'amministrazione locale rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
- d) organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei diritti dei cittadini;
- e) ascolto delle opinioni e dei giudizi, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità e strumenti di partecipazione e coinvolgimento.

6.2.2. Struttura della carta dei servizi

La carta dei servizi recepisce gli obiettivi di qualità espressi dalla struttura e riporta in modo chiaro e comprensibile:

- a) informazioni sulla struttura e servizi forniti;
- b) standard di qualità, impegni e programmi;
- c) meccanismi di tutela e verifica.

6.2.3. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

La struttura, tenuto conto della normativa regionale e delle disposizioni del presente regolamento in tema di criteri di eleggibilità e presa in carico dei pazienti, deve:

- a) Formalizzare i protocolli per l'eleggibilità dei pazienti;
- b) Adottare e formalizzare protocolli, linee guida e procedure per la gestione del percorso assistenziale del paziente nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intrastrutturali);
- c) Definire la responsabilità per la presa in carico e per la gestione del paziente;
- d) Prevedere la tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione;
- e) Gestire il trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura;
- f) Verificare la conoscenza e l'applicazione dei protocolli e delle procedure da parte del personale ed il loro miglioramento se necessario.

6.2.4. Continuità assistenziale

L'organizzazione della struttura deve progettare ed implementare i processi di continuità per coordinare l'assistenza dei singoli pazienti tra le varie articolazioni organizzative. La definizione delle responsabilità e delle modalità per il passaggio in cura contribuisce a migliorare la continuità, il coordinamento, la soddisfazione del paziente, la qualità e potenzialmente anche gli esiti. A tal fine la struttura deve:

- a) Identificare per tutto il periodo di degenza un responsabile della cura del paziente;
- b) Formalizzare e mettere in atto protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up);
- c) adottare i processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure;
- d) definire i collegamenti funzionali tra le varie articolazioni interne e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza;
- e) adottare modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione;

- f) adottare e diffondere le procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti.

6.2.5. Gestione della documentazione

La documentazione, che descrive il sistema gestionale e operativo, rappresenta l'evidenza oggettiva della struttura organizzativa e tecnica; aderisce alla sua realtà operativa, e per seguirne l'evolversi, è organizzata in maniera flessibile con gerarchia di contenuti ed articolata in differenti livelli, che individuano i rispettivi destinatari e le modalità di distribuzione.

6.2.6. Struttura della documentazione

La documentazione contiene i dati necessari al riscontro oggettivo delle attività svolte al fine di raccogliere ed elaborare gli stessi al fine di fornire informazioni relativamente al:

- a) grado di conseguimento degli obiettivi generali e degli obiettivi specifici;
- b) livello di soddisfazione degli utenti circa la qualità del servizio;
- c) risultato di verifica delle attività;
- d) risultato dei piani di miglioramento;
- e) analisi per l'individuazione delle tendenze di qualità;
- f) azione correttiva e la sua efficacia;
- g) idoneità delle prestazioni dei fornitori;
- h) addestramento e competenza del personale;
- i) confronto con dati nazionali di riferimento.

6.2.7. Controllo della documentazione

La documentazione che dispone prescrizioni generali e specifiche per l'erogazione del servizio deve essere leggibile, datata (includere le date di revisione), chiara ed identificabile. In funzione della tipologia di documento, sono fissati metodi per controllare l'emissione, la distribuzione e la revisione.

I metodi di cui sopra assicurano che i documenti siano:

- a) approvati dal personale autorizzato;
- b) emessi e resi disponibili nelle aree dove l'informazione è necessaria;
- c) compresi e accettati da parte di coloro che devono utilizzarli;
- d) facilmente rintracciabili;
- e) esaminati per ogni necessaria revisione;
- f) ritirati o distrutti quando superati.

6.2.8. Approvazione ed emissione dei documenti

I documenti e i dati, prima dell'emissione, sono verificati e approvati da personale autorizzato ai fini della loro adeguatezza.

Un elenco generale, preparato e reso disponibile, o altra equivalente forma di controllo, indica lo stato di revisione dei documenti in vigore per impedire l'utilizzo di quelli non più validi o superati.

Il sistema di controllo, di cui sopra assicura che:

- a) siano disponibili i documenti necessari in tutti i luoghi ove si svolgono le attività essenziali per garantire la qualità del servizio;

- b) siano prontamente rimossi da tutti i centri di emissione o di utilizzazione documenti non validi ovvero superati, per evitare un loro uso indesiderato;
- c) siano identificati i documenti superati e conservati per motivi legali e di conservazione delle conoscenze.

6.2.9. Distribuzione dei documenti modificati

La distribuzione dei documenti modificati è curata dalla funzione che li ha emessi e sottoposti a modifica, ovvero dal responsabile incaricato dell'archiviazione e gestione; la stessa funzione garantisce l'eliminazione dei documenti superati.

La distribuzione da parte dell'emittente può arrivare fino al trasferimento della documentazione ai responsabili di altre funzioni, i quali provvedono alla distribuzione interna, garantendone l'attribuzione di responsabilità e la rintracciabilità.

6.2.10. Gestione del dato

Il sistema di gestione del dato è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito al fine di:

- a) sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi della struttura;
- b) fornire il ritorno informativo alle articolazioni organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza;
- c) rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovraordinati.

I dati di origine generati dallo svolgimento delle attività sono definiti e coerenti con gli obiettivi della struttura, per garantire che le informazioni generate siano oggettive ed attendibili.

La struttura della gestione del dato è dotata di un sistema informativo per la corretta gestione dei documenti che dispone prescrizioni generali e specifiche allo svolgimento delle attività finalizzate all'erogazione del servizio.

A tale scopo, la direzione assicura:

- a) l'individuazione dei bisogni informativi della organizzazione;
- b) la struttura del sistema informativo (e cioè la sua identificazione e la sua articolazione);
- c) la diffusione della documentazione presso le funzioni interessate;
- d) le modalità di raccolta dei dati relativi alle attività svolte;
- e) la valutazione della qualità del dato (riproducibilità, accuratezza, completezza);
- f) la diffusione ed utilizzo delle informazioni generate dall'elaborazione dei dati.

E' individuato un referente del sistema informativo, responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.

6.1.11. Registrazione dei dati

La struttura predispone procedure che individuano modalità di registrazione dei dati per dimostrare il conseguimento della qualità richiesta e l'efficacia del sistema qualità, contribuendo alla crescita di un tangibile patrimonio di conoscenze.

6.1.12. Motivazione delle registrazioni

La struttura produce e conserva i documenti per dimostrare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e valutare l'opportunità di attuare interventi di vario tipo, quali in particolare:

- a) modifiche alle modalità di erogazione del servizio;
- b) programmi di miglioramento;
- c) sperimentazioni;
- d) nuovi progetti;
- e) interventi sui costi.

I dati raccolti sono utilizzati in modo proficuo se sono soddisfatte alcune condizioni, come quelle elencate di seguito:

- a) essere conosciuti;
- b) essere ordinati, accessibili, organizzati;
- c) essere leggibili ed interpretabili con facilità;
- d) essere supportati dalle descrizioni atte a chiarire su quali basi sono stati prodotti ed entro quali limiti mantengono la loro significatività.

6.1.13. Conservazione dei documenti

I documenti di registrazione dei dati e le informazioni generate dalla loro elaborazione sono conservati in condizioni ambientali e di ordine per evitare possibili danneggiamenti e permetterne la rintracciabilità.

E' stabilito il tempo di conservazione per il quale occorre tener presente i seguenti aspetti:

- a) necessità di consultazione;
- b) rispetto delle disposizioni vigenti.

Sono adottate opportune procedure di accesso, protezione dei dati e conservazione nel caso di utilizzo di supporti informatici (archivi elettronici).

Per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari si rinvia alle disposizioni vigenti in materia di "privacy".

6.1.14. Verifica dei risultati

La direzione della struttura è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitano e consentono la promozione e il supporto ad attività valutative.

La direzione della struttura assegna responsabilità specifiche di controllo periodico delle attività al fine di assicurare la continua adeguatezza ed efficacia per il conseguimento degli obiettivi generali e specifici.

Il personale che attua il processo di erogazione del servizio è investito di responsabilità delle seguenti valutazioni sistematiche:

- a) aderenza alle specifiche di realizzazione del servizio;
- b) controllo continuo che le specifiche di servizio siano soddisfatte;
- c) aggiustamento del processo al verificarsi di deviazioni.

6.1.15. Valutazione dei risultati e del servizio da parte dell'organizzazione

La valutazione dei risultati e del servizio da parte della direzione si svolge su dati oggettivi, in collaborazione con tutti gli operatori, e si sviluppa al livello delle articolazioni organizzative utilizzando personale interno preparato allo scopo.

La valutazione di cui sopra verifica:

- a) il grado di conoscenza e condivisione del personale delle modalità operative pianificate e dei criteri di registrazione dei dati generati dallo svolgimento delle attività;

- b) il grado di applicazione e applicabilità delle modalità operative pianificate al fine di valutare l'adeguatezza delle risorse umane (professionalità e numero) e materiali (idoneità e disponibilità all'uso) messe a disposizione della struttura;
- c) il grado di adeguatezza dei processi operativi per garantire sia il livello qualitativo delle prestazioni dei servizi, sia il raggiungimento degli obiettivi specifici programmati.

I professionisti sono particolarmente coinvolti ed incoraggiati all'utilizzo di specifiche tecniche per i processi in esame.

Momenti di verifica formali tra i componenti dell'equipe, riunioni di gruppo periodiche, attività interprofessionali di miglioramento della qualità ed audit clinici possono essere previsti per i professionisti sanitari.

6.1.16. Criteri di registrazione dei dati

La valutazione dei risultati della struttura è continua e svolta su dati oggettivi per individuare e perseguire azioni di miglioramento.

I criteri di registrazione dei dati per l'analisi riguardano:

- a) le attività rilevanti di ogni servizio che hanno influenza sulla efficacia dell'organizzazione;
- b) le caratteristiche delle attività che devono essere misurate e controllate per assicurare la qualità del servizio (indicatori);
- c) i metodi di valutazione delle caratteristiche scelte a riferimento;
- d) i mezzi per controllare le caratteristiche al fine di mantenerle entro i limiti stabiliti (standard).

I criteri di registrazione dei dati consentono un efficace controllo dei processi di servizio della struttura assicurando che il servizio erogato risponde a quello atteso dall'utente e dalla struttura.

OBIETTIVO 3 - ASPETTI STRUTTURALI

6.3.1. Idoneità all'uso della struttura

L'organizzazione sanitaria deve essere in grado di offrire ai propri pazienti, ai loro familiari, al personale e ai visitatori una struttura sicura. Per raggiungere quest'obiettivo è necessaria una gestione della struttura, degli impianti volta a ridurre, controllare, prevenire i rischi e i pericoli e mantenere condizioni di sicurezza.

Pertanto, l'organizzazione, indipendentemente dalle dimensioni e dalle risorse proprie di ciascuna, è tenuta ad osservare la legislazione, la normativa e ogni altro requisito cogente applicabile che determinano il modo in cui una struttura è progettata e mantenuta in efficienza. La Direzione deve conoscere la legislazione, la normativa e i requisiti applicabili e inserire a bilancio, pianificare e implementare tutte le attività volte a soddisfare i requisiti di legge.

A tal fine la struttura deve:

- a) pianificare e inserire a bilancio il potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;
- b) Prevedere la presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture;
- c) Prevedere la presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, *audit* ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza);

- d) Predisporre piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale;
- e) Prevedere la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.

6.3.2. Gestione delle attrezzature

Le attrezzature che sviluppano i processi di erogazione dei servizi hanno impatto sul livello qualitativo ottenuto per cui la loro corretta gestione è fondamentale ai fini dell'oggettiva credibilità dei valori risultanti dal loro utilizzo.

La gestione delle attrezzature, dalla definizione dei bisogni di acquisto alla loro alienazione, è caratterizzata da una interfunzionalità. Compito della direzione della struttura è definire, in fase di pianificazione, le responsabilità delegate alle varie articolazioni organizzative.

L'insieme di tutti i beni che concorrono in maniera diretta o indiretta alla qualità delle prestazioni sanitarie è definita attrezzatura. Le regole generali di gestione, di seguito riportate, si riferiscono in particolare alle attrezzature biomediche che sono di particolare criticità nel processo di erogazione.

Sono promosse, per l'acquisizione e gestione delle attrezzature biomediche, attività interdisciplinari di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia ed agli aspetti etici.

6.3.3. Programmazione degli acquisti di attrezzature

L'acquisizione delle attrezzature è pianificata in modo documentato da assicurare le prestazioni previste dal piano di attività in coerenza con gli obiettivi del piano medesimo.

Un programma di acquisto delle attrezzature in generale e, in particolare, delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici è previsto al fine di tenere conto:

- a) dell'evoluzione delle tipologie dei servizi;
- b) dell'obsolescenza;
- c) dell'adeguamento alle norme tecniche;
- d) della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

6.3.4. Inventario delle attrezzature

La direzione della struttura adotta un inventario delle attrezzature biomediche in dotazione, di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico per:

- a) soddisfare gli obblighi di legge;
- b) disporre di dati riassuntivi;
- c) permettere la rintracciabilità delle attrezzature biomediche;
- d) fare le analisi per stabilire dei criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici, tenendo conto dell'obsolescenza del parco macchine e delle singole tipologie di apparecchiature biomediche.

Le informazioni raccolte e rese disponibili sia in forma aggregata per l'intero parco macchine, sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzatura, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione: acquisto, noleggio, leasing, donazione, in service.

Le apparecchiature temporaneamente disattivate sono immagazzinate, protette, verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire che i requisiti di precisione, accuratezza e validità, siano soddisfatti al momento del riutilizzo.

6.3.5. Manutenzione

L'assicurazione della manutenzione è fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi specifici della struttura riguardo ai volumi ed al livello qualitativo delle prestazioni in quanto garantisce la efficienza ed efficacia delle apparecchiature biomediche in uso.

La manutenzione è garantita da apposito personale tecnico - professionale sia interno che esterno.

Il piano per la manutenzione delle apparecchiature biomediche tiene conto delle:

- a) indicazioni relative alla sicurezza in uso;
- b) necessità di manutenzione mediante le indicazioni contenute nei manuali di servizi;
- c) indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità.

Il piano di manutenzione generale è articolato sulla base delle criticità dell'apparecchiatura biomedica per il risultato essenziale, distinguendo fra manutenzione correttiva, preventiva e controlli periodici di sicurezza e funzionalità. Il piano di manutenzione che tende a garantire i necessari standards qualitativi delle prestazioni fornite e di sicurezza, deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore.

E' importante che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo dello strumento e conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione per la sua attività.

6.3.6. Manutenzione preventiva e controlli di funzionalità e sicurezza

Il piano di manutenzione prevede, se richiesto dalla tipologia delle attrezzature, le attività relative alla manutenzione preventiva e ai controlli di funzionalità e sicurezza delle attrezzature al fine di garantire la loro idoneità all'uso.

Il piano di manutenzione per le apparecchiature biomediche deve:

- a) identificare tutte le apparecchiature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati riconosciuti nazionali. In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;
- b) definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- c) definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- d) identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;
- e) conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche;
- f) assicurare che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo;
- g) assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;
- h) evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicare il controllo funzionale e di sicurezza.

6.3.7. Archivio manutenzioni eseguite

Gli interventi di manutenzione correttiva e preventiva, compresi i controlli di funzionalità e sicurezza sulle apparecchiature biomediche in dotazione, devono essere documentati. Per ogni apparecchiatura biomedica esiste una documentazione cartacea o preferibilmente elettronica, che riporta i dati significativi per ogni intervento di manutenzione eseguito.

OBIETTIVO 4 - COMPETENZE DEL PERSONALE

6.4.1. Formazione

Le risorse umane sono fondamentali per la guida della organizzazione e la sua corretta gestione; è necessario che le modalità di inserimento, di addestramento, di formazione e aggiornamento siano tenute in considerazione per il personale ai vari livelli della struttura.

La direzione della struttura adotta un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile e normalizza le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

6.4.2. Inserimento, affiancamento, addestramento

I criteri di valutazione possono essere individuati per consentire la copertura di un determinato ruolo sia al personale di nuova acquisizione, sia a quello da destinare a nuove mansioni.

Le necessità di addestramento sono programmate tenendo presente:

- a) i tempi necessari al raggiungimento dei requisiti e delle abilità richieste;
- b) il turn over del personale;
- c) la numerosità dello stesso.

La struttura organizzativa identifica le esigenze di affiancamento e di addestramento del personale e predispone attive procedure documentate per gestirle.

L'addestramento che riguarda procedure e capacità tecniche onseguite per eseguire i compiti assegnati e l'utilizzo degli strumenti, attrezzature e dispositivi in dotazione è dimostrabile attraverso archivi nominativi.

6.4.3. Formazione e aggiornamento

La formazione continua rappresenta uno strumento di cambiamento e di sviluppo del servizio erogato.

La direzione della struttura assume o assegna la responsabilità di coordinamento delle attività di formazione e di aggiornamento, le cui funzioni sono:

- a) individuare le esigenze formative;
- b) determinare gli strumenti e le risorse per far fronte a tali esigenze;
- c) prefissare le priorità di intervento formativo sulla base del budget disponibile e delle linee strategiche della direzione;
- d) selezionare i criteri per il personale da aggiornare e formare;
- e) specificare gli indicatori, per misurare l'efficacia (impatto) degli interventi formativi;
- f) pianificare sia le attività sulla base delle esigenze formative richieste dal Programma Nazionale per la Formazione Continua -ECM-, sia quelle volte alla valutazione dell'efficacia degli interventi formativi.

La formazione della relazione interpersonale per i professionisti che sono in diretto contatto col paziente è curata con particolare attenzione.

Le esigenze di aggiornamento interno ed esterno volte allo sviluppo professionale dell'individuo sono valutate in maniera trasparente sulla base delle strategie della struttura - mission, vision, obiettivi generali e specifici.

La struttura prevede metodi (relazioni, meeting settimanali, incontri mensili, pubblicazioni) volti a garantire che le conoscenze maturate all'esterno vengano condivise con tutto il personale interessato; individua e rende noti e agibili punti di raccolta delle informazioni- riviste, archivi, pubblicazioni, relazioni - necessarie all'aggiornamento professionale del personale, valuta annualmente i risultati complessivi di soddisfazione e di impatto dell'attività formativa.

Il personale sanitario operante presso la struttura consegue, ogni anno, i crediti formativi previsti dal Programma Nazionale per la Formazione Continua - ECM -.

La struttura predispone la programmazione e le specifiche procedure che prevedono:

- a) la facilitazione all'inserimento delle risorse di nuova acquisizione o assegnate a nuove mansioni mediante la fornitura delle informazioni necessarie;
- b) l'affiancamento a personale esperto al fine di armonizzare i tempi necessari a rendere pienamente operative le nuove risorse dal punto di vista tecnico, gestionale, di servizio;
- c) l'addestramento di tutto il personale interessato per abilitarlo a gestire sistemi, apparecchiature ed attrezzature sia in uso che di nuova introduzione;
- d) la formazione e l'aggiornamento secondo le necessità riconosciute di sviluppo personale e del servizio.

OBIETTIVO 5 - COMUNICAZIONE

6.5.1. Comunicazione

Per dare trasparenza alla propria politica e alle caratteristiche del servizio erogato, la struttura deve munirsi di strumenti idonei a garantire una corretta e sistematica comunicazione all'interno e all'esterno della organizzazione.

La struttura deve assicurare la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio avendo cura di verificare la chiarezza, la comprensibilità e la accessibilità delle informazioni in rapporto alla tipologia dell'utilizzatore-cittadini, istituzioni, associazioni. Nella comunicazione con gli utenti deve essere posta anche grande attenzione al recepimento delle loro esigenze. A tal fine, la direzione predispone materiale informativo in forma sintetica a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari ed eventuali costi per servizi aggiuntivi. Le caratteristiche del servizio devono essere diffuse tramite ogni soggetto attivo della struttura, sia come singolo, sia organizzato in gruppi.

Alle Associazioni dei familiari maggiormente rappresentative in rapporto a ciascun ente erogatore è riconosciuto il diritto di informazione e di accesso agli atti che riguardino la pluralità dei pazienti e le loro esigenze diffuse. L'esercizio è finalizzato alla maggior tutela dei soggetti disabili e dei soggetti sui quali gravano obblighi di vigilanza e assistenza in virtù di rapporti familiari e/o di parentela, di tutela, curatela, amministrazione di sostegno e/o a qualsivoglia altro titolo assimilabile. A tal fine l'ente erogatore provvederà a consentire effettivo accesso ed informazione, nel rispetto delle norme sulla riservatezza e sul trattamento dei dati.

La comunicazione deve essere efficace per informare su:

- a) tipologia, disponibilità e realizzazione del percorso assistenziale;
- b) oneri a carico del paziente per servizi aggiuntivi;

- c) relazioni fra servizio atteso, servizio percepito ed oneri sostenuti dal paziente;
- d) possibilità da parte del paziente di contribuire a migliorare la qualità del servizio.

In particolare la persona o il tutore deve essere informata sulla malattia, sulle disabilità ad essa correlate, sulle possibili evenienze della fase successiva al percorso assistenziale e amministrativo, in modo che sia in grado di gestire tale fase. L'informazione alla persona deve essere garantita con:

- a) criteri espliciti di erogazione delle prestazioni;
- b) informazione alla persona e ai famigliari sulla codifica di gravità assegnata;
- c) identificazione di un operatore referente;
- d) indicazione dei tempi e luoghi per effettuare l'informazione.

Se necessario, la struttura deve prevedere il coinvolgimento degli utenti nel percorso clinico e la partecipazione alla definizione del percorso assistenziale.

6.5.2. Comunicazione interna

La comunicazione interna garantisce che i principi, gli obiettivi che si prefigge e quanto la struttura pianifica per raggiungerli, siano condivisi, per il coinvolgimento, la motivazione e l' aumento del senso di appartenenza degli operatori.

La direzione istituisce specifiche figure di riferimento, in modo che il personale svolga correttamente e con alto grado di motivazione le attività assegnate per:

- a) assicurare che siano compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità;
- b) curare che ciascuno sia consapevole di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito all'utente;
- c) verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza (validità e affidabilità) nella misurazione;
- d) accertare periodicamente la motivazione del personale nel provvedere alla qualità del servizio (questionari, reclami, suggerimenti);
- e) evidenziare al personale il grado di raggiungimento degli obiettivi di qualità;
- f) raccogliere suggerimenti, favorire opportunità di incontro per analizzare le criticità e proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza ed efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;
- g) verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza a tutto il personale.

La comunicazione all'interno della struttura prevede momenti di coordinamento e di integrazione per la predisposizione di un ambiente di lavoro, che migliori i rapporti di collaborazione e cooperazione per la soluzione dei problemi.

I metodi di comunicazione possono comprendere:

- a) incontri informativi della direzione;
- b) riunioni per scambi di informazioni;
- c) informazioni documentate;
- d) mezzi informatici.

OBIETTIVO 6 – APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

6.6.1. Approccio alla pratica clinica secondo evidenze

Un'organizzazione deve essere in grado di fornire interventi efficaci nel rispetto delle preferenze individuali

e dei valori culturali e sociali di ogni paziente. Sono disponibili *in* letteratura evidenze che possono guidare le organizzazioni nell'implementare strategie e metodi che possono essere utilizzati per fornire cure e servizi appropriati ed efficaci. Le linee guida ed i protocolli adottati dagli operatori devono essere utilizzati in relazione alle specifiche condizioni organizzative della propria realtà operativa. Ogni struttura organizzativa ne predispone una raccolta ed il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili. Le organizzazioni devono garantire inoltre che i professionisti sanitari valutino le evidenze disponibili nei processi di definizione dei percorsi assistenziali e attivino percorsi di miglioramento laddove necessario. Le strutture devono effettuare una valutazione sistematica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni evidenziandone gli scostamenti rispetto alle evidenze disponibili e identificando gli ambiti di miglioramento.

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- a) la presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della *evidence based medicine*;
- b) l'accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida;
- c) l'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili;
- d) il coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati;
- e) la valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessario.

6.6.2. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi

Per gestione della sicurezza s'intende l'applicazione e lo sviluppo di strutture e processi che, sulla base delle evidenze scientifiche, siano in grado di prevenire e ridurre i rischi all'interno di una struttura.

La sicurezza in un'organizzazione sanitaria è pertanto la gestione integrata del rischio ambientale, del rischio operatore e del rischio paziente:

- Rischio occupazionale: riguarda gli operatori, sanitari e non, nello svolgimento della loro attività lavorativa. Questi rischi sono generalmente classificati in rischio fisico, chimico e biologico;
- Rischio "non clinico": sono problemi di sicurezza. In generale, ad esempio eventi catastrofici, rischi finanziari;
- Rischio clinico: riguarda i pazienti, fa riferimento alla possibilità per gli stessi di essere danneggiati in relazione al trattamento sanitario.

I tre tipi di rischio sono tra loro strettamente connessi, pertanto è necessario prevedere una gestione integrata dei tre livelli di rischio; ciò implica da un lato la conoscenza dei fattori di rischio comuni e dall'altro l'adozione di strumenti di analisi, gestione e monitoraggio e di strategie integrate.

L'organizzazione deve elaborare un piano per la qualità e sicurezza declinato nei tre ambiti sopra descritti ovvero un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione.

6.6.3. Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi.

Nei sistemi complessi è richiesto un elevato controllo dei rischi, dei processi e delle vulnerabilità che devono

essere oggetto di una sistematica analisi e verifica e conseguentemente le organizzazioni devono adottare misure e strumenti atti a creare una diffusa cultura della sicurezza.

La gestione degli eventi avversi comprende: l'identificazione e segnalazione degli eventi avversi mediante un sistema strutturato, le analisi e le valutazioni per comprendere come e perché l'evento avverso è accaduto e per identificare eventuali misure preventive e l'implementazione di un piano di azione; una procedura per la comunicazione aperta e trasparente con i pazienti ed i loro familiari, forme di definizione stragiudiziale dei contenziosi.

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- a) l'esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di *near miss*, eventi avversi ed eventi sentinella;
- b) la partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;
- c) l'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (*Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit*) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (*Safety walkround*);
- d) la presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio;
- e) l'applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, *check-list* ed altri strumenti per la sicurezza;
- f) la definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;
- g) la presenza di un Piano di formazione;
- h) l'adozione di metodologie proattive per la valutazione dei rischi.

6.6.4. Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

Nei sistemi complessi è richiesto un elevato controllo dei rischi, dei processi e delle vulnerabilità che devono essere oggetto di una sistematica analisi e verifica e conseguentemente le organizzazioni devono adottare misure e strumenti atti a creare una diffusa cultura della sicurezza.

La promozione della cultura della sicurezza non deve essere solo una dichiarazione di intenti, ma deve prevedere una strategia sistematica di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze specifiche che comprenda anche la valutazione delle competenze professionali, sia tecniche che non tecniche.

La sostanziale attuazione di politiche efficaci per la sicurezza richiede una preliminare analisi per conoscere le condizioni di partenza e quindi un piano per agire sugli specifici aspetti di miglioramento.

L'implementazione di ogni progetto di cambiamento deve essere accompagnato dal monitoraggio e dalla valutazione al fine di individuare le migliori esperienze e le: buone pratiche da mettere in disposizione e diffondere nel SSN.

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- a) lo sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività;
- b) la produzione e diffusione di buone pratiche;
- c) la garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi;
- d) la presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.

7 PROCESSI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE

6.7.1. Programmi e progetti di miglioramento

La struttura effettua annualmente al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di miglioramento

continuo dell'assistenza sanitaria favorendo il coinvolgimento del personale, sulla base delle indicazioni contenute nel presente regolamento.

6.7.2. Mantenimento dei miglioramenti acquisiti

I miglioramenti raggiunti devono essere mantenuti mediante modifica delle procedure, istruzioni operative, addestramento, formazione e mediante verifica che tali modifiche siano parte integrante del lavoro di ciascun membro della struttura.

6.7.3. Continuità del miglioramento

Se il miglioramento desiderato è stato ottenuto, nuovi progetti o attività di miglioramento devono essere selezionati ed attuati. Ulteriori miglioramenti sono sempre possibili, con l'attuazione di nuovi progetti o attività di miglioramento sulla base di nuovi obiettivi. E' indispensabile fissare delle priorità e dei limiti temporali per ogni progetto ed inserirli in piani di attività della struttura.

La ragione del miglioramento deriva dalla necessità di fornire valore aggiunto e soddisfazione per gli utenti. Ogni membro della struttura deve acquisire la consapevolezza che è sempre possibile eseguire una attività in maniera più efficace ed efficiente riducendo sprechi di risorse.

Una maggiore efficacia ed efficienza è a vantaggio degli utenti, della struttura, dei suoi membri e della società in generale.

ART. 7 DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO

Il fabbisogno di posti letto di RSA R1 è stabilito in misura pari a:

- **332** posti letto prioritariamente allocati nell'ambito dei Presidi Territoriali di Assistenza e riportati nella seguente tabella:

ASL	SEDE	POSTI LETTO DI RSA R1
ASL BA	PUTIGNANO	40
ASL BA	ACQUAVIVA DELLE FONTI	20
ASL BA	GRUMO (PTA)	20
ASL BR	SAN PIETRO VERNOTICO (PTA)	20
ASL BT	TRANI (PTA)	20
ASL FG	TORREMAGGIORE (PTA)	20
ASL FG	M. SANT'ANGELO (PTA)	20
ASL FG	VICO DEL GARGANO-VIESTE (PTA)	20
ASL FG	TROIA-ACCADIA (PTA)	20
ASL LE	MAGLIE (PTA)	24
ASL LE	GAGLIANO DEL CAPO (PTA)	20
ASL LE	NARDO' (PTA)	20
ASL LE	POGGIARDO (PTA)	28
ASL TA	MOTTOLA (PTA)	40
TOTALE POSTI		332

ART. 8**AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE, AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO ED ACCREDITAMENTO**

Le RSA R1 sono soggette all'autorizzazione alla realizzazione, all'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento secondo le procedure e nei termini stabiliti dalla L.R. 2 maggio 2017, n. 9 e s.m.i., in relazione al fabbisogno definito dal presente Regolamento.

ART.9**NORMA DI RINVIO**

Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento, si rinvia alla normativa regionale vigente in materia, ed in particolare alla L. R. n. 9/2017 e s.m.i., al Regolamento Regionale n. 3/2010 e s.m.i. per la sezione A "Requisiti generali", ed alla normativa nazionale vigente in materia.

Il presente Regolamento è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'art. 53 comma 1 della L.R. 12/05/2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia". E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione Puglia.

Dato a Bari, addì 21 gen. 2019

EMILIANO



REGIONE PUGLIA

ALLEGATO A

IL RISCHIO DI INSTABILITA' CLINICA

L'identificazione della condizione del rischio di instabilità clinica è fondamentale per individuare il percorso di cura della persona in fase post-acuta, per garantire la dimissione in sicurezza dai reparti di acuzie e l'appropriatezza della successiva presa in carico nel setting assistenziale più idoneo ospedaliero (potenziale medio o alto rischio di instabilità clinica) o territoriale (potenziale basso rischio di instabilità clinica).

Paziente in condizione di rischio potenziale di instabilità clinica: paziente soggetto a non sempre prevedibili mutamenti delle funzioni vitali di base (Frequenza respiratoria, saturazione di O₂, temperatura corporea, pressione arteriosa sistolica, frequenza cardiaca, livello di coscienza) e delle necessità assistenziali mediche e infermieristiche.

CRITERI DI VALUTAZIONE DELLA INSTABILITA' CLINICA

La condizione della persona deve essere definita dal dirigente medico che dimette il paziente dal reparto di acuzie o dal reparto di riabilitazione e compila la scheda di presentazione del paziente in cui è inclusa la National Early Warning Score (NEWS) che esprime un indice di probabilità di deterioramento clinico e la CIRS (Cumulative Illness Rating Scale). I dati riportati nella scheda devono essere stati rilevati non oltre le 48 ore precedenti la richiesta. La NEWS e la CIRS, benché approvate dalla comunità scientifica, sono soltanto uno strumento indicativo. Resta ferma la responsabilità del dirigente medico nella valutazione clinica del paziente.



REGIONE PUGLIA

Logo e intestazione del
reparto /ASL/ Azienda
Ospedaliera/

SCHEDA PRESENTAZIONE PAZIENTI

(data di compilazione: _____)

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome _____

Data e luogo di Nascita _____

Indirizzo _____

tel

Data del ricovero c/o codesta Struttura _____

DIAGNOSI PRINCIPALE E DATA DELL'EVENTO INDICE

DIAGNOSI SECONDARIE

NATIONAL EARLY WARNING SCORE (NEWS) Royal College of Physicians July 2012							
PUNTEGGIO→	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Saturazione O ₂	≤91	92-93	94-95	≥96			
Ossigeno supplementare		SI		No			
Temperatura °C	≤35		35,1-36	36,1-38	38,1-39	≥39,1	
PA sistolica	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frequenza cardiaca	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Livello di coscienza				Vigile			Stim. Verb. dol., coma
Probabilità di deterioramento clinico: 0-4 = basso; 5-6 o anche solo 1 punteggio 3 = medio; ≥7 alto.							
PUNTEGGIO =							

41



REGIONE PUGLIA

Modified Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)						
Salvi F, Miller MD, Towers AL, et al <i>A manual of guidelines to score the modified cumulative illness rating scale</i> .. J Am Geriatr Soc. 2008 Oct;56(10):1926-31. Riferimento: Manuale CIRS, tradotto dall'ANQ, versione 10/2013						
N°	Sistemi organici	Valutazione				
1	Cardiaco (solo cuore)	0	1	2	3	4
2	Iperensione arteriosa (valutazione basata sulla gravità; le lesioni agli organi sono valutate a parte)					
3	Vascolare (sangue, vasi sanguigni e cellule ematiche, midollo osseo, milza, gangli)					
4	Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea al di sotto della laringe)					
5	Occhi, orecchie, naso, faringe, laringe 0 1					
6	Apparato gastro-intestinale superiore (esofago, stomaco e duodeno; pancreas; escluso diabete)					
7	Apparato gastro-intestinale inferiore (intestino, ernie)					
8	Epatico (fegato e dotti biliari)					
9	Renale (solamente i reni)					
10	Apparato genito-urinario (ureteri, vescica, uretra, prostata, apparato genitale)					
11	Sistema muscolo-scheletrico e cute (muscoli, scheletro, tegumenti)					
12	Sistema nervoso centrale e periferico (cervello, midollo spinale, nervi; esclusa demenza)					
13	Sistema endocrino-metabolico (compresi diabete, tiroide; mammella; infezioni sistemiche; intossicazioni)					
14	Disturbi psichiatrici/comportamentali (compresi demenza, depressione, ansia, agitazione/delirio; psicosi)					

Regole generali per la valutazione della gravità: 0= Il sistema non è interessato da alcuna patologia, o problemi medici precedenti senza rilevanza clinica. 1= Problema attuale lieve o problema precedente rilevante. 2= Disabilità o morbilità moderata e/o necessità di terapia di prima linea. 3= Patologia grave e/o disabilità costante e rilevante e/o problemi cronici difficili da controllare (regime terapeutico complesso). 4= Patologia molto grave e/o necessità di trattamento urgente e/o insufficienza di un organo e/o disabilità funzionale grave.

REGOLAMENTO REGIONALE 21 gennaio 2019, n. 7

“Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza.”

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE:

VISTO l'art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla legge costituzionale 22 novembre 1999 n. 1, nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta Regionale l'emanazione dei regolamenti regionali;

VISTO l'art. 42, comma 2, lett. c) della L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto della Regione Puglia”;

VISTO l'art. 44, comma 2, della L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto del Regione Puglia” così come modificato dalla L.R. 20 ottobre 2014, n. 44;

VISTA la Delibera di Giunta Regionale N° 2025 del 15/11/2018 di adozione del Regolamento;

EMANA IL SEGUENTE REGOLAMENTO

Art. 1

OGGETTO

Il presente regolamento definisce l'organizzazione ed il funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza – di seguito denominati P.T.A. – e viene emanato a modifica ed integrazione dei Regolamenti Regionali nn. 3/2005, 14/2015 e n. 07/2017 (integrato dal R.R. 03/2018).

Art. 2

DEFINIZIONI

Il PTA è una struttura del Distretto Socio-Sanitario che fornisce una risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione aggregando e/o integrando funzionalmente le diverse componenti dell'assistenza territoriale, secondo livelli di complessità variabili a seconda dei fattori di comorbilità ed in coerenza con gli obiettivi stabiliti dalla legge regionale 3 agosto 2006, n. 25.

Art. 3

OBIETTIVI

Gli obiettivi primari del PTA sono:

- a) organizzare in modo appropriato, efficace ed efficiente i percorsi dei pazienti in relazione ai loro bisogni di salute, rivolgendo particolare attenzione alle persone con patologie croniche;
- b) organizzare la transizione tra cure primarie e cure secondarie e terziarie, promuovendo percorsi assistenziali integrati che mettano in evidenza le responsabilità, i contributi ed i risultati di tutti i professionisti impegnati nella filiera di cura e assistenza.

Art. 4

L'OFFERTA DEI PTA

Possono costituirsi come PTA esclusivamente le strutture derivanti dalla riconversione delle strutture ospedaliere ai sensi dei regolamenti regionali n.14/15 e n.7/17 (come integrato dal R.R. n.3/18).

Nella tabella che segue sono riportati i n.33 PTA/PPA derivanti dalla riconversione delle n.34 strutture ospedaliere.

ASL FG	ASL BT	ASL BA	ASL BR	ASL TA	ASL LE
Torremaggiore	Minervino Murge	Rutigliano	Mesagne	Massafra	Campi Salentina
San Marco in Lamis/ Sannicandro Garganico	Spinazzola	Altamura	Ceglie Messapica	Mottola	Nardò
Monte Sant'Angelo	Trani	Gravina	Cisternino	Grottaglie	Poggiardo
Vico del Gargano/Vieste	Canosa	Bitonto	Fasano		Maglie
Troia/Accadia		Ruvo	San Pietro Vernotico		Gagliano del Capo
		Gioia del Colle			
		Noci			
		Grumo Appula			
		Conversano			
		Terlizzi			
		Triggiano			

In una seconda fase, successiva alla approvazione del presente regolamento, potranno essere istituiti nuovi Presidi, anche su proposta delle AA.SS.LL., sulla base delle evidenze epidemiologiche e del fabbisogno sanitario del territorio di riferimento adeguatamente giustificato dai proponenti, nonché dell'assetto dei servizi sanitari del territorio di riferimento in esito ai processi di riorganizzazione (secondo quanto previsto dal Regolamento regionale n.7/2017 come integrato dal reg. n.3/18).

In ogni caso, l'inserimento di ulteriori presidi territoriali nella programmazione regionale e l'adozione del relativo atto regionale rappresentano condizione imprescindibile per l'avvio della attuazione di eventuali interventi previsti e per la richiesta di finanziamenti regionali a valere sulla programmazione comunitaria 2014-2020.

Art. 4.1.

Il PTA diffuso

In alcune aree caratterizzate da condizioni geografiche e demografiche particolarmente disagiate (comuni con popolazione ridotta ed elevate distanze rispetto ai centri abitati più popolosi) la Azienda Sanitaria, previa condivisione ed autorizzazione del Dipartimento regionale, può adottare un modello organizzativo che non preveda un'unica sede fisica, ma una piattaforma comune in cui integrare i servizi distrettuali, attraverso il collegamento funzionale (organizzazione a rete) tra il PTA di riferimento ed i punti di offerta dei servizi presenti sul territorio che concorrono alla erogazione della assistenza distrettuale.

La responsabilità della gestione è attribuita al Distretto in cui è localizzata la struttura pivot della rete organizzativa.

L'integrazione organizzativo/funzionale tra le diverse componenti sarà garantita dal responsabile del PTA.

Art. 5

L'OFFERTA DEI SERVIZI ALL'INTERNO DEL PTA

La tipologia dei servizi può variare in funzione delle caratteristiche del territorio, della densità della popolazione, del quadro epidemiologico della popolazione assistita e della offerta sanitaria presente sul territorio.

La definizione degli specifici servizi sanitari, sociosanitari e sociali da implementare all'interno di ciascun PTA è effettuata dalla Azienda Sanitaria Locale di riferimento, sentito il Direttore del Distretto Socio-Sanitario

competente, in coerenza con gli atti di programmazione regionale che regolano l'organizzazione dell'offerta e gli investimenti infrastrutturali e strutturali, fermo restando il set minimo di cui al successivo articolo 5.2).

I servizi resi in ciascun presidio sono individuati nelle apposite schede, che sono parte integrante dell'allegato documento di dettaglio sulla organizzazione dei PTA.

Ogni successiva modifica e/o integrazione dell'offerta dei servizi dei singoli PTA e delle relative schede sarà disposta con delibera di giunta, su richiesta motivata delle Aziende Sanitarie, fermo restando quanto stabilito dal presente regolamento rispetto al set minimo di servizi, e dagli specifici regolamenti regionali che disciplinano il fabbisogno regionale relativo ai singoli servizi offerti nel PTA. È fatta salva la facoltà di disporre la modifica delle ore di specialistica ambulatoriale indicate nelle schede con atti dirigenziali del Dirigente di Sezione competente.

In ogni caso, l'inserimento di ulteriori servizi nella programmazione regionale di cui al presente regolamento e ss.mm. e l'adozione del relativo atto regionale rappresentano condizione imprescindibile per l'avvio della attuazione degli interventi previsti e per la richiesta di finanziamenti regionali a valere sulla programmazione comunitaria 2014-2020.

Salvo motivate e documentate esigenze connesse alla attuazione degli investimenti programmati, l'offerta dei servizi prevista nelle schede allegate dovrà essere resa disponibile entro 12 mesi dalla entrata in vigore del presente regolamento.

La Regione curerà il monitoraggio degli stati di avanzamento della attuazione di quanto previsto nel presente regolamento. A tal fine le Aziende dovranno elaborare e presentare esaurienti rapporti di monitoraggio con le scadenze individuate dalla Regione.

Art. 5.1

Struttura del PTA

Il PTA deve includere differenti tipi di spazi suddivisi nelle seguenti macro-aree:

- a) Area pubblica;
- b) Area clinica;
- c) Area di direzione.

I contenuti delle macro aree di cui al comma precedente, omogenei e raggruppati per funzione, sono declinati nel documento allegato. Essi devono essere riconoscibili dall'utente, anche attraverso le finiture, gli arredi, i colori, per rendere chiari i percorsi e l'orientamento secondo quanto dettagliato nell'allegato documento, e nel rispetto di quanto stabilito dalla Regione nei documenti programmatici per la comunicazione istituzionale.

Art. 5.2

Servizi di base del PTA. Set minimo.

Nel PTA devono essere garantite le seguenti funzioni di base:

- tutti i servizi previsti nell'area pubblica (come elencati nel documento allegato);
- il Punto Unico di Accesso (PUA), che deve fornire risposte integrate sociosanitarie ai bisogni di salute dei cittadini con funzioni di *front office* (accoglienza, ascolto, rilevazione bisogni, apertura fascicolo personalizzato, informazioni sui servizi della struttura e locali, primo orientamento) e di *back office* (prevalutazione casi segnalati, rapporto costante con MMG, aggiornamento mappa dei servizi sul territorio);
- la presenza delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, già previste dall'ACN 2009 e perfezionate dall'art. 1 della Legge 189/2012 e della continuità assistenziale;
- l'ambulatorio per le cronicità;

- l'assistenza specialistica ambulatoriale, nei limiti di quanto autorizzato dal Dipartimento promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, e nel rigoroso rispetto dei vincoli di finanza vigenti. Dovranno, in ogni caso, essere garantite le branche collegate al Programma *Care Puglia* per la presa in carico dei pazienti affetti dalle principali patologie croniche, ossia: cardiologia, pneumologia, endocrinologia/diabetologia, nonché le branche di oculistica, neurologia ed ortopedia.
- l'attività di diagnostica di primo livello per immagini e strumentale, nonché il punto prelievi;
- l'ambulatorio infermieristico, prevalentemente dedicato ai percorsi dei Pazienti cronici, anche con funzioni di Follow up per attività e prestazioni ricomprese nel piano individuale;
- la postazione di emergenza-urgenza territoriale;
- la farmacia territoriale ed i punti di distribuzione per assistenza integrativa farmaceutica nei PTA che abbiano moduli di residenzialità/degenza territoriale o che presentino un numero di accessi giornalieri ai servizi ambulatoriali superiore a 70. Per detti servizi deve essere garantita una attenta sorveglianza nelle forme più idonee.
- la presenza di un POCT a supporto delle unità riabilitative cod. 56 e cod. 60 nei PTA allocati nell'ambito dei Presidi di Post Acuzie (Terlizzi, Triggiano, Canosa e Grottaglie);

Le Aziende Sanitarie Locali devono prevedere necessariamente, nella programmazione dei servizi di ciascun PTA, le funzioni di base di cui al set minimo.

Art.5.3

Tipologie di servizi aggiuntivi nel PTA.

Le AA.SS.LL. possono prevedere le ulteriori funzioni di area amministrativa e di accoglienza, di articolazione dei diversi dipartimenti aziendali, di articolazione delle reti cliniche, di servizi socio-sanitari, di servizi semiresidenziali in relazione alla specifica configurazione dell'offerta distrettuale nel territorio di riferimento. Nelle strutture più complesse, e verificata la coerenza della programmazione aziendale con quella regionale, le AA.SS.LL. possono ampliare i servizi di cui al set minimo con moduli di residenzialità/degenza territoriale da individuare in funzione della programmazione regionale e aziendale, in ordine al fabbisogno ed alla rete di offerta del territorio di competenza.

I requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle strutture di degenza territoriale, di cui al comma precedente, sono disciplinati dagli appositi regolamenti regionali.

Nei PTA dotati di una sala operatoria a norma, rispondente ai requisiti previsti dalle normative vigenti in materia ed, in particolare, dal R.R. 3/2005 e dalle DD.GG.RR. nn. 433/2011 e 1202/2014, e dotata del necessario personale di supporto, possono erogarsi prestazioni chirurgiche ambulatoriali in regime di Day Service.

Nei PTA possono, inoltre, erogarsi prestazioni in regime di Day Service medico.

Nei PTA e nei PPA sarà possibile impiegare strumenti di diagnostica avanzata (RMN,TAC). A tale riguardo, si precisa che l'installazione delle grandi macchine RMN con potenza superiore 0,5 tesla, ovvero delle RMN dedicate a basso campo o open di nuova generazione (cfr sentenza C.d.S. n.3140 del 15.06.2017), in analogia a quanto previsto per le A.O. e per gli I.R.C.S.S. all'art. 1 lett.C), sub c) del R.R. n.3/2006, non sono assoggettabili al limite del fabbisogno ivi previsto. Tale deroga, nella misura di n.1 macchina per ASL, è finalizzata a garantire l'abbattimento delle liste d'attesa, nel rispetto delle prescrizioni di cui al DM 09.12.2015, privilegiando le apparecchiature già autorizzate e finanziate con i fondi FESR alla data di adozione del presente provvedimento.

All'art.1, lett.C), sub c) del R.R. n.3/2006 dopo le parole: "RMN: 1 ogni 120.000 abitanti e frazione con riferimento al territorio della USL, escluse quelle delle A.O. e I.R.C.S.S." sono aggiunte le parole: "e dei P.T.A. Per i PTA tale deroga opera nella misura di n.1 RMN per ciascuna ASL".

Art. 6

LA RESPONSABILITA' GESTIONALE, ORGANIZZATIVA E IGIENICO-SANITARIA

La responsabilità gestionale ed organizzativa del PTA fa capo al Direttore del Distretto Socio-Sanitario

territorialmente competente o - su espressa delega - al Dirigente Medico Responsabile delle Cure Primarie e Intermedie del DSS, che svolge anche una funzione di collegamento con i responsabili della assistenza e delle diverse strutture interne e la direzione aziendale assicurando le necessarie competenze specialistiche; cura le relazioni con i medici dell'Assistenza Primaria; garantisce il coordinamento delle attività e l'integrazione con i diversi Dipartimenti interessati.

La responsabilità igienico-sanitaria fa capo al Responsabile Aziendale per i profili igienico-sanitari dei PTA, che sarà individuato in ciascuna ASL, tra i soggetti in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente.

Nelle strutture a maggiore complessità, caratterizzate dalla contemporanea presenza della residenzialità/degenza territoriale e della sala operatoria, le Direzioni aziendali possono affidare la responsabilità gestionale, organizzativa ed igienico sanitaria ad un Dirigente medico responsabile del PTA, con incarico di responsabilità definito in maniera modulata rispetto alla complessità della struttura affidata (da incarico professionale di cui alla lettera c, ad incarico di direzione di struttura semplice di cui alla *lettera b* dell'articolo 27 del vigente CCNL Dirigenza Medica).

Può essere prevista una figura di coordinamento infermieristico dei PTA su base aziendale, al fine di omogeneizzare e semplificare le procedure di accesso alle prestazioni ed ai servizi territoriali, sia ambulatoriali che domiciliari, nonché di promuovere l'integrazione ospedale-territorio attraverso una rapida presa in carico nelle dimissioni protette.

Le responsabilità delle strutture di degenza territoriale eventualmente presenti nel PTA sono disciplinate dagli appositi regolamenti regionali che disciplinano ciascuna tipologia di struttura.

Art. 7

REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI

Tutti i Presidi Territoriali di Assistenza realizzati e/o da realizzarsi devono essere censiti nell'Area Anagrafe delle Strutture Sanitarie del Sistema Informativo Sanitario Regionale e possedere i requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio, oltre agli ulteriori requisiti necessari per il riconoscimento dell'accreditamento istituzionale di cui agli specifici regolamenti regionali.

La struttura deve essere dotata di cartella clinica informatizzata condivisa ed integrata con gli attuali software dei medici AP e PLS e con quelli dei vari ambulatori specialistici.

Tutte le prestazioni sanitarie erogate all'interno dei PTA devono essere registrate nei flussi informativi di competenza. Per le attività di nuova istituzione deve essere creato un apposito flusso informativo.

Ogni ambulatorio specialistico, in relazione alla specificità dell'attività da svolgersi, deve essere dotato di risorse tecnologiche che permettano ai vari specialisti di esprimere il massimo delle loro capacità professionali assicurando la reale e tempestiva presa in carico degli utenti, nonché l'equo accesso a cure sicure ed appropriate, oltre all'arredamento ed alle attrezzature e presidi medico chirurgici generici che dovranno essere presenti.

Tutti gli ambienti devono essere a norma per quanto riguarda l'illuminazione, sia naturale che artificiale, l'aerazione, l'impiantistica, etc. ed il personale sanitario deve essere adeguato al volume ed alla tipologia delle prestazioni erogate e da erogarsi.

Per ciascuna delle possibili attività/aree funzionali attivate nell'ambito dello specifico PTA, si rinvia alla normativa di riferimento che disciplina requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi di ciascuna struttura.

Art. 8**ABROGAZIONI**

Con l'entrata in vigore del presente Regolamento sono abrogate le seguenti disposizioni: art. 2.6 e art. 9 del R.R. n.14/2015; art.8 del R.R. 7/2017.

Sono, inoltre, abrogate le disposizioni in contrasto con le norme del presente regolamento.

Il presente Regolamento è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'art. 53 comma 1 della L.R. 12/05/2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia". E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione Puglia.

Dato a Bari, addì 21 gen. 2019

EMILIANO



REGIONE PUGLIA

I Presidi Territoriali di Assistenza nella Regione Puglia



REGIONE PUGLIA

Premessa. Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA)	3
La <i>governance</i> dei PTA	8
La definizione dell'offerta di servizi dei PTA	13
Servizi di base dei PTA. Set minimo.	16
Area pubblica	19
Area clinica	20
Area di Direzione	26
La Gestione delle Urgenze territoriali	26
Il Collegamento del PTA con gli altri presidi della rete territoriale	27
Il collegamento del PTA con l'Ospedale	28
Il collegamento del PTA con la rete della assistenza primaria	29
Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)	32
Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)	35
Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi	37



REGIONE PUGLIA

Premessa. Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA).

Il PTA è un nuovo modello di organizzazione dell'assistenza che pone al centro il paziente facilitando l'accesso ai servizi sanitari territoriali e l'iter assistenziale complessivo.

Esso rappresenta la "porta di accesso" del cittadino ai servizi territoriali di assistenza: esso si pone l'obiettivo di fornire una risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione aggregando e/o integrando funzionalmente le diverse componenti dell'assistenza territoriale, secondo livelli di complessità variabili a seconda dei fattori di comorbilità ed in coerenza con gli obiettivi stabiliti dalla legge regionale 3 agosto 2006, n. 25.

Gli obiettivi primari del PTA sono :

- organizzare in modo appropriato, efficace ed efficiente i percorsi dei pazienti in relazione ai loro bisogni di salute, rivolgendo particolare attenzione alle persone con patologie croniche, che costituiscono una delle maggiori sfide per il sistema assistenziale;
- organizzare la transizione tra cure primarie e cure secondarie e terziarie, promuovendo percorsi assistenziali integrati che mettano in evidenza le responsabilità, i contributi ed i risultati di tutti i professionisti impegnati nella filiera di cura e assistenza.

In particolare, l'accesso unico alle cure costituisce- obiettivo fondamentale del PTA, struttura del Distretto Socio-Sanitario attraverso la quale si creano i collegamenti con tutti i servizi territoriali, sia quelli fisicamente aggregati nel presidio, sia quelli non aggregati, permettendo di raggiungere la finalità di facilitare l'accesso e di snellire l'iter di presa in carico e di indirizzamento degli utenti.

Il PTA rappresenta, altresì, il luogo privilegiato di erogazione dei servizi distrettuali, sia con riferimento ai bisogni di assistenza intermedia che di assistenza amministrativa (fermo restando che le funzioni amministrative di cui alle lett. da b) ad f) dell'art. 14, comma 15, della L.R. 25 del 2006 rimarranno in capo al Distretto).

Già con l'art. 14 della legge n. 25 del 2006, la Regione Puglia aveva previsto che la erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali fosse posta in capo al Distretto, quale articolazione organizzativo-funzionale dell'ASL, con l'obiettivo di assicurare la presa in carico globale



REGIONE PUGLIA

dell'utente per una risposta strutturata, integrata e complessiva ai bisogni di salute in maniera diffusa e uniforme sul territorio regionale.

In altre parole il modello regionale prevede che al Distretto facciano capo tanto le funzioni di committenza, quanto quelle di erogazione delle prestazioni territoriali, anche attraverso la rete della assistenza primaria e della farmaceutica territoriale.

L'impostazione degli atti di programmazione nazionale e regionale in materia di riorganizzazione dei servizi sanitari da un lato è intervenuta puntando sulla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera, dall'altro sul potenziamento dei servizi territoriali, anche valorizzando le opportunità offerte dalle strutture ospedaliere destinate alla riconversione.

Con il Decreto ministeriale n. 70 del 2015 e la Legge di stabilità 2016, sono stati, difatti, individuati nuovi standard qualitativi, tecnologici e quantitativi al fine di portare le reti ospedaliere nazionali all'interno di omogenei parametri di sicurezza, efficacia di cura ed efficacia gestionale. Contestualmente, si riconosce che la riorganizzazione della rete ospedaliera risulta insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema della riqualificazione delle strutture territoriali nonché dell'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere.

In quest'ottica, già nel Regolamento 14 del 2015 la Regione, dopo aver avviato il riordino della rete ospedaliera con i Regolamenti 18/2010 e 36/12, poneva tra i propri obiettivi quello di "incrementare l'offerta di assistenza sanitaria territoriale attraverso la **riconversione di alcune strutture ospedaliere**, in strutture territoriali di Assistenza, denominate Presidi Territoriali di assistenza (PTA)", con l'obiettivo di "potenziare, l'offerta sanitaria di prestazioni residenziali extraospedaliere per persone gravemente non autosufficienti e affette da Patologie croniche".

Quindi, con il Regolamento Regionale n. 7 del 2017 (integrato dal reg. 3/2018), in ottemperanza alle suddette normative nazionali, è stata ridefinita la rete ospedaliera, assegnando a ciascun presidio un ruolo specifico, in modo da garantire tempestività della diagnosi, appropriatezza e sicurezza delle cure in un'ottica di razionalizzazione dei percorsi.

L'organizzazione di una **rete territoriale** di assistenza rappresenta il complemento necessario ed ineludibile di tale razionalizzazione della rete assistenziale, dovendo assicurare ai cittadini un presidio sanitario non



REGIONE PUGLIA

ospedaliero che garantisca l'offerta sul territorio dei servizi di assistenza primaria ed intermedia (come ad es. l'Ospedale di Comunità).

Nel nuovo disegno della rete dei servizi territoriali, in particolare in fase di avvio, i Presidi di Post Acuzie ed i Presidi Territoriali di Assistenza rappresentano la risposta alla riconversione delle strutture ospedaliere e contribuiscono alla rifunzionalizzazione dei servizi distrettuali, in cui sono concentrate, il più possibile, tutte le attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12 o 24 ore.

All'esito dei provvedimenti di riordino citati, la Regione Puglia ha, dunque, previsto l'istituzione di **n. 4 Presidi di Post-Acuzie** e di **n. 30 Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)**, (successivamente divenuti n.29 a seguito dell'accorpamento previsto dalla ASL FG dei n.2 PTA di San Marco in Lamis e Sannicandro Garganico, secondo la logica del PTA diffuso che verrà descritto oltre), in corrispondenza di strutture ospedaliere riconvertite, secondo le seguenti tabelle A e B.

I **Presidi di Post Acuzie (P.P.A)** sono presidi assistenziali di elevata integrazione dei livelli di assistenza che, oltre ad offrire i servizi di un PTA, garantiscono, altresì, ulteriori servizi, ovvero possono rappresentare hub di reti a carattere regionale. Pertanto, per ciascun PPA è prevista una scheda intervento che indica i servizi erogati dal PTA inserito all'interno degli stessi.

Con riferimento ai posti letto relativi a degenze di tipo ospedaliero post-acuzie (riabilitazione e lungodegenza) previsti nei PPA, la quantificazione degli stessi è prevista nel R.R. 7/2017 e ss.mm.ii., cui si rinvia.

Tab. A Presidi di Post-Acuzie istituiti dal regolamento n.7/2017 (integrato dal reg. 3/2018).

ASL BT	ASL BA	ASL TA
Canosa	Terlizzi	Grottaglie
	Triggiano	

In una prima fase, è stato previsto che potranno costituirsi come PTA **esclusivamente le strutture, elencate nella Tab. B**, derivanti dalla riconversione delle strutture ospedaliere ai sensi dell'art.9, comma 2, del Regolamento



REGIONE PUGLIA

regionale n. 14/2015, secondo il quale: "I PTA corrispondono alle strutture ospedaliere oggetto di processo di riconversione, per effetto del presente Regolamento, nonché dei R.R. n. 18/2010 e s.m.i. e n. 36/2012..."

Tab. B Presidi territoriali di Assistenza istituiti dai Regolamenti n. 14/2015 e n. 7/2017 (integrato dal reg. 3/2018).

ASL FG	ASL BT	ASL BA	ASL BR	ASL TA	ASL LE
Torremaggiore	Minervino Murge	Rutigliano	Mesagne	Massafra	Campi Salentina
San Marco in Lamis*	Spinazzola	Altamura	Ceglie Messapica	Mottola	Nardò
Monte Sant'Angelo	Trani	Gravina	Cisternino		Poggiardo
Vico del Gargano		Bitonto	Fasano		Maglie
Sannicandro Garganico*		Ruvo	San Pietro Vernotico		Gagliano del Capo
Troia/Accadia		Gioia del Colle			
		Noci			
		Grumo Appula			
		Conversano			

*PTA accorpati su indicazione della ASL FG in un unico PTA diffuso.

In una **seconda fase**, successiva alla approvazione del presente regolamento, potranno essere istituiti nuovi Presidi, anche su proposta delle AA.SS.LL., sulla base delle evidenze epidemiologiche e del fabbisogno sanitario del territorio di riferimento adeguatamente giustificato dai proponenti, nonché dell'assetto dei servizi sanitari del territorio di riferimento in esito ai processi di riorganizzazione, l'istituzione di ulteriori presidi, secondo quanto previsto dal Regolamento regionale n.7/2017 (integrato dal reg. 3/2018) che, all'articolo 8, comma 4, prevede: "Il PTA si realizza attraverso un pieno accorpamento dei servizi territoriali, di norma presso il Comune sede del distretto socio-sanitario ed in numero di almeno uno per distretto socio-sanitario."



REGIONE PUGLIA

In ogni caso, l'inserimento di ulteriori presidi territoriali nella programmazione regionale e l'adozione del relativo atto regionale rappresentano condizione imprescindibile per l'avvio della attuazione di eventuali interventi previsti e per la richiesta di finanziamenti regionali a valere sulla programmazione comunitaria 2014-2020.

Nella tabella che segue (tabella C) sono riportati i n.33 PTA/PPA derivanti dalla riconversione delle n.34 strutture ospedaliere.

Tab. C Presidi Territoriali di Assistenza/Presidi post Acuzie

ASL FG	ASL BT	ASL BA	ASL BR	ASL TA	ASL LE
Torremaggiore	Minervino Murge	Rutigliano	Mesagne	Massafra	Campi Salentin
San Marco in Lamis/Sannicandro Garganico	Spinazzola	Altamura	Ceglie Messapica	Mottola	Nardò
Monte Sant'Angelo	Trani	Gravina	Cisternino	Grottole	Poggioreale
Vico del Gargano/Vieste	Canosa	Bitonto	Fasano		Maglie
Troia/Accadia		Ruvo	San Pietro		Gagliano del Capo
		Gioia del Colle			
		Noci			
		Grumo Appula			
		Conversano			
		Terlizzi			
		Triggiano			

Nella mappa che segue è possibile visualizzare la distribuzione geografica dei PTA previsti dai regolamenti regionali.



REGIONE PUGLIA



Per ciascuno dei PTA già previsti dagli atti di programmazione regionale, in allegato al presente documento, vengono riportate le schede di riepilogo dell'assetto dei servizi da garantire, specificando quelli già attivi e quelli da attivare in aggiunta ai primi.

La *governance* dei PTA

A tutt'oggi varie Regioni hanno approcciato il tema della realizzazione di queste strutture territoriali che, seppur denominate in modo differente (Casa della Salute, Presidi Territoriali di Assistenza, Presidi Ospedalieri Territoriali, Centri di Assistenza Primaria etc.), hanno la finalità comune della costruzione di un concetto di salute per la comunità (che potremmo definire *welfare community* o *welfare society*) attraverso un nuovo modello organizzativo di offerta di servizi sanitari e socio-sanitari a livello territoriale.

La complessità gestionale di queste strutture, costituita non solo dalla semplice sommatoria dei vari singoli servizi accorpatis in un'unica sede, è rappresentata anche dagli **alti livelli di interconnessione** che legano tutti i soggetti e i contesti. Si tratta di interdipendenze che emergono tra i diversi cicli funzionali propri delle realtà sanitarie (ciclo clinico, assistenziale ed amministrativo) e tra i vari professionisti coinvolti (AP, PLS, specialisti convenzionati e dipendenti, territoriali ed ospedalieri, ma anche infermieri, tecnici sanitari, figure amministrative, etc.).



REGIONE PUGLIA

Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento Regionale n. 6 del 18/04/2011, in ciascun Distretto sono assicurati i seguenti livelli di assistenza territoriale:

- a) assistenza primaria e intermedia comprendente: assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza di emergenza territoriale, assistenza infermieristica, assistenza domiciliare, ospedale di comunità, assistenza nelle strutture residenziali e semiresidenziali territoriali;
- b) assistenza specialistica comprendente: assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la medicina dello sport, assistenza riabilitativa, assistenza protesica, assistenza termale e specialistico - riabilitativa;
- c) assistenza consultoriale;
- d) assistenza psicologica;
- e) assistenza penitenziaria;
- f) assistenza sociosanitaria.

Il Distretto assicura gli altri livelli dell'assistenza territoriale attraverso l'integrazione funzionale con tutte le strutture sovradistrettuali e, in particolare, con la Struttura Complessa Farmaceutica Territoriale e con le Strutture del Dipartimento di Salute Mentale, del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, del Dipartimento di Prevenzione.

La funzione di accesso alla rete integrata dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali, compresa la gestione della continuità assistenziale per i pazienti in dimissione protetta dagli ospedali, è di competenza esclusiva del Distretto che la assicura, come previsto dalla normativa e dagli strumenti di programmazione regionale, attraverso la Porta Unica di Accesso (PUA) e l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

In questo quadro, i PTA costituiscono il perno della riorganizzazione dei servizi distrettuali attraverso una nuova modalità di organizzazione e funzionalizzazione delle cure primarie, una reale revisione della rete dei servizi che mira ad integrare e mettere in collegamento (organizzazione a rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale.

Si tratta del punto di partenza dell'integrazione tra le diverse funzioni assistenziali e dello sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), al fine di garantire la maggiore integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare.



REGIONE PUGLIA

In questo contesto, risulta altresì necessario ripensare l'organizzazione del sistema delle cure primarie, dal punto di vista del modello di governance e di relazione tra i vari attori istituzionali; dal punto di vista dei modelli assistenziali; dal punto di vista dei percorsi clinici e dell'integrazione ospedale-territorio.

Il modello operativo per la Assistenza primaria ed intermedia deve prevedere degli aspetti qualificanti anche per garantire uniformità ed equità di assistenza ai cittadini:

- il superamento della frammentazione dell'assistenza sanitaria nel territorio mediante la continuità assistenziale;
- un'assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale;
- il riconoscimento che **l'assistenza primaria rappresenta il punto centrale dei processi assistenziali** con forti collegamenti con il resto del sistema, con un ruolo cardine svolto dal Distretto;
- una maggiore caratterizzazione e definizione delle funzioni delle diverse figure professionali, mediche e non, ferma restando la necessità di **integrazione tra Medici di Assistenza Primaria/PLS, specialisti, altre professioni sanitarie e sociali, infermieri**, in grado di farsi carico di gruppi di popolazione e di garantire loro una continuità assistenziale integrata, tenuto conto che la responsabilità clinica del paziente, e quindi il coordinamento del processo di cura, è in carico all'equipe medica (Medici di Assistenza Primaria/PLS - Specialisti Ambulatoriali), a cui spetta la presa in carico del paziente anche avvalendosi di PDTA concordati e condivisi;
- l'utilità di definire **sedi fisiche di prossimità sul territorio per l'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socioassistenziali** rivolti alla popolazione di pazienti cronici in aggiunta ai già esistenti setting assistenziali rappresentati dal domicilio del paziente o dalle strutture residenziali;
- la presenza di sistemi informativi evoluti in grado di leggere i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) al fine di monitorare e valutare l'assistenza erogata al paziente cronico;
- l'utilizzo di linee guida in grado di tener conto della comorbidità e della complessità assistenziale e, contemporaneamente, porre attenzione alla promozione di stili di vita salubri, utilizzando l'approccio dei piani assistenziali individuali, ancorché formulati a partire da linee guida evidence-based;



REGIONE PUGLIA

- investire sull'auto-gestione dei pazienti e sull'empowerment in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia.

L'implementazione di una *Assistenza Territoriale Integrata*, come rappresentata dal patto della Salute 2014-2016, ai sensi della così detta legge Balduzzi 189/2012, si realizza tramite:

- un processo organizzativo che garantisca un'efficace continuità dell'assistenza mediante la riduzione del ricorso improprio al Pronto Soccorso e dei ricoveri inappropriati anche con l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Ambulatoriali (PDTA) che coinvolgano i medici dell'Assistenza Primaria, i PLS, e gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni, organizzati in Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) e in Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP);
- il perseguimento del "coordinamento funzionale" dell'attività degli Specialisti Ambulatoriali dei medici di Assistenza primaria e PLS, con le attività del distretto;
- la realizzazione di forme di "maggiore fruibilità e accessibilità" dei servizi e delle attività territoriali da parte dei Cittadini, prevedendo da parte dei medici la fruibilità di spazi comuni, attraverso le UCCP;
- l'utilizzazione degli strumenti della "rete" e della "telemedicina" per la gestione del Paziente in sede domiciliare, e in particolare nelle località disagiate e nelle isole minori.

In una logica di integrazione istituzionale e organizzativa, il PTA svolge, quindi, la funzione ideale di aggregazione dei professionisti che operano sul territorio di riferimento. Nella struttura prestano la loro attività:

- i medici di Assistenza Primaria (AP) e i Pediatri di libera scelta (PLS) aggregati in una delle forme associative previste dall'ACN e dall'AIR vigenti;
- i medici di Continuità Assistenziale (CA);
- gli Specialisti ambulatoriali;
- articolazioni territoriali del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione per l'assistenza ambulatoriale ex artt.25 e 26 l.833/78 e domiciliare ex art. 26 l.833/78.



REGIONE PUGLIA

- articolazioni territoriali del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento Salute Mentale e del Dipartimento Dipendenze Patologiche
- articolazioni territoriali di reti cliniche integrate
- gli infermieri e tutte le figure delle professioni sanitarie necessarie per garantire la assistenza e la Assistenza domiciliare integrata.

In questa direzione, con i PTA, si rende possibile cogliere il bisogno in modo globale, costruendo risposte appropriate e basate sul principio della continuità, della prossimità e della presa in carico dei pazienti e delle famiglie.

In definitiva, il PTA si configura come un elemento aggregante di risorse (sia umane che strumentali) e, come tale, sintesi e catalizzatore di processi e percorsi orientati alla salvaguardia della salute dei cittadini, in una logica orientata al principio della equità di accesso alle cure appropriate. Si tratta di un **modello innovativo**, almeno per il contesto della sanità territoriale, che sembra offrire potenzialità assolutamente significative in un'ottica di efficienza ed efficacia funzionale, ma che, per affermarsi compiutamente, dovrà incidere in modo rilevante sulla cultura dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie.

Si configura così un modello a rete al cui centro si colloca il Distretto, che svolge funzioni di coordinamento della committenza ed a cui sono attribuite tutte le funzioni amministrative.

In questa logica, la responsabilità gestionale ed organizzativa del PTA fa capo al Direttore del Distretto Socio-Sanitario territorialmente competente o - su espressa delega - al Dirigente Medico Responsabile delle Cure Primarie e Intermedie del DSS, che svolge anche una funzione di collegamento con i responsabili della assistenza e delle diverse strutture interne e la direzione aziendale, assicurando le necessarie competenze specialistiche; cura le relazioni con i medici dell'Assistenza Primaria; garantisce il coordinamento delle attività e l'integrazione con i diversi Dipartimenti interessati.

La responsabilità igienico-sanitaria fa capo al Responsabile Aziendale per i profili igienico sanitari dei PTA, che sarà individuato da ciascuna ASL tra i soggetti in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente.

Nelle strutture a maggiore complessità caratterizzate dalla contemporanea presenza della residenzialità/degenza territoriale e della sala operatoria, le Direzioni aziendali possono affidare la responsabilità gestionale, organizzativa e igienico sanitaria ad un **Dirigente medico responsabile del PTA**, con incarico di



REGIONE PUGLIA

responsabilità definito in maniera modulata rispetto alla complessità della struttura affidata (da incarico professionale di cui alla lettera c, ad incarico di direzione di struttura semplice di cui alla *lettera b* dell'articolo 27 del vigente CCNL Dirigenza Medica).

Analogamente, può essere prevista una figura di **coordinamento infermieristico** dei PTA su base aziendale al fine di omogeneizzare e semplificare le procedure di accesso alle prestazioni ed ai servizi territoriali, sia ambulatoriali che domiciliari, nonché di promuovere l'integrazione ospedale-territorio attraverso una rapida presa in carico nelle dimissioni protette.

Le responsabilità delle strutture di degenza territoriale eventualmente presenti nel PTA sono disciplinate dagli appositi regolamenti regionali, che disciplinano ciascuna tipologia di struttura.

La definizione dell'offerta di servizi dei PTA

Il PTA è un sistema di erogazione di servizi in rete che permette di intercettare capillarmente le richieste sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini e di soddisfarle in modo appropriato.

La tipologia dei servizi da prevedere nell'ambito di ciascun PTA può variare in funzione delle caratteristiche del territorio, della densità della popolazione, del quadro epidemiologico della popolazione assistita e della offerta sanitaria presente sul territorio.

Pertanto, la definizione degli specifici servizi sanitari, sociosanitari e sociali da implementare all'interno di ciascun PTA sarà effettuata dalla Azienda Sanitaria Locale di riferimento, sentito il Direttore del Distretto Socio-Sanitario competente, in coerenza con gli atti di programmazione regionale di organizzazione dell'offerta e di investimenti infrastrutturali e strutturali, fermo restando il set minimo di cui al paragrafo successivo (tabella E).

Da un punto di vista strutturale, come regola generale, il PTA dovrà includere differenti tipi di spazi suddivisi in **macro-aree omogenee raggruppate per funzione**. Essi devono essere riconoscibili dall'utente, anche attraverso le finiture, gli arredi, i colori, per rendere chiari i percorsi e l'orientamento nel rispetto di quanto stabilito dalla Regione nei documenti programmatici per la comunicazione istituzionale.

La tabella seguente (tabella D) illustra tutte le funzioni distrettuali che è possibile collocare all'interno dei PTA.



REGIONE PUGLIA

Tab.D Funzioni distrettuali collocabili all'interno del PTA

<i>Zona / settore</i>	SERVIZI AREA PUBBLICA
SERVIZI COMUNI	Accoglienza-accettazione
	Spazi di attesa comuni
	Punto informazione (URP) per i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali
	Accesso Unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)
	CUP-Ticket
	Ufficio Anagrafe Assistibili
	Sportello Protesica/Assistenza farmaceutica integrativa/Farmacia Territoriale (punti di distribuzione)
	Ufficio assistenza all'estero
	Associazioni di volontariato
<i>Zona / settore</i>	POSSIBILI SERVIZI AREA CLINICA
SERVIZI SANITARI	
-Diagnostica	Punto prelievo
	Diagnostica radiologica ed ecografica
	Diagnostica di supporto agli screening oncologici
	Diagnostica avanzata (endoscopia, TAC /RMN)
-Attività specialistica	Poliambulatorio (di base, di II o III livello)
	Ambulatorio per le cronicità
	Day Service medici
	Day Service chirurgici
	Ambulatori servizi territoriali afferenti alle reti cliniche e aziendali
	Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)
	Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)



REGIONE PUGLIA

	Ambulatorio infermieristico
SERVIZI EMERGENZA	
	Postazione 118
	Servizio Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP)
Assistenza Primaria	
	Associazionismo complesso dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta
	ADI / Cure Domiciliari Integrate
	Continuità Assistenziale
SERVIZI SOCIO SANITARI	
	Porta Unica di Accesso (PUA)
	Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)
	Ufficio Servizio Sociale professionale
	Presa in carico e gestione delle dimissioni protette
SERVIZI SANITARI	
	Vaccinazioni
	Sicurezza sul lavoro
	Medicina legale e fiscale
	Screening
	Sicurezza alimentare e Sanità animale
	Commissione invalidi
Prevenzione	
	Centro Riabilitazione Ambulatoriale
	Trattamenti Domiciliari
Riabilitazione	
	Centro Salute Mentale
	Neuropsichiatria infantile
Salute Mentale	
	SerT
	Centri Terapeutici Speciali (fumo, alcol, ludopatie)
Dipendenze Patologiche	
	Consultorio familiare
Assistenza consultoriale e materno-infantile	
	Centro di Orientamento Oncologico (CORO)
Rete Oncologica Pugliese	
DEGENZE TERRITORIALI	
	Residenze sanitarie
	Ospedale di Comunità
	Hospice



REGIONE PUGLIA

	Centro risvegli
	Centro residenziale per i Disturbi del Comportamento alimentare (DCA)
- Servizi a gestione	Centro dialisi
SERVIZI SEMIRESIDENZIALI	
	Centro diurno per disabili
	Centro diurno per pazienti psichiatrici
	Centro diurno demenze
	Centro <i>semiresidenziale</i> per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA)
Zona / settore	Servizi
	Uffici di direzione DSS/Uffici amministrativi
	Uffici periferici di Aree (amm.ve e tecniche)
	Magazzino (protesica/economato)
	Sala riunioni/conferenza

In alcune aree caratterizzate da condizioni geografiche e demografiche particolarmente disagiate (comuni con popolazione ridotta ed elevate distanze rispetto ai centri abitati più popolosi) la Azienda Sanitaria, previa condivisione ed autorizzazione del Dipartimento regionale, potrà adottare un modello organizzativo che non preveda un'unica sede fisica, ma una piattaforma comune in cui integrare i servizi distrettuali, attraverso il collegamento funzionale (organizzazione a rete) tra il PTA di riferimento ed i punti di offerta dei servizi presenti sul territorio che concorrono alla erogazione della assistenza distrettuale.

La responsabilità della gestione di tale PTA diffuso verrà attribuita secondo le previsioni del presente regolamento al Distretto in cui è localizzata la struttura pivot della rete organizzativa. L'integrazione organizzativo/funzionale tra le diverse componenti sarà garantita dal responsabile del PTA.

Servizi di base dei PTA. Set minimo.

Il set minimo di servizi che il PTA deve offrire è descritto nella tabella che segue (tabella E).

In particolare, dovranno essere garantiti le seguenti funzioni di base:

- tutti i servizi previsti nell'area pubblica;



REGIONE PUGLIA

- il Punto Unico di Accesso (PUA), che deve fornire risposte integrate socio-sanitarie ai bisogni di salute dei cittadini con funzioni di front office (accoglienza, ascolto, rilevazione bisogni, apertura fascicolo personalizzato, informazioni sui servizi della struttura e locali, primo orientamento) e di back office (prevalutazione casi segnalati, rapporto costante con MMG, aggiornamento mappa dei servizi sul territorio);
- la presenza delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, già previste dall'ACN 2009 e perfezionate dall'art. 1 della Legge 189/2012 e della continuità assistenziale;
- l'ambulatorio per le cronicità;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale, nei limiti di quanto autorizzato dal Dipartimento promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, e nel rigoroso rispetto dei vincoli di finanza vigenti. Dovranno, in ogni caso, essere garantite le branche collegate al Programma *Care Puglia* per la presa in carico dei pazienti affetti dalle principali patologie croniche, ossia: cardiologia, pneumologia, endocrinologia/diabetologia, nonché le branche di oculistica, neurologia ed ortopedia;
- l'attività di diagnostica di primo livello per immagini e strumentale, nonché il punto prelievi;
- l'ambulatorio infermieristico, prevalentemente dedicato ai Percorsi dei Pazienti cronici, anche con funzioni di Follow up per attività e prestazioni ricomprese nel piano individuale;
- la postazione di emergenza-urgenza territoriale;
- la farmacia territoriale ed i punti di distribuzione per assistenza integrativa farmaceutica nei PTA che abbiano moduli di residenzialità/degenza territoriale o che presentino un numero di accessi giornalieri ai servizi ambulatoriali superiore a 70. Per detti servizi deve essere garantita una attenta sorveglianza nelle forme più idonee;
- la presenza di un POCT a supporto delle unità riabilitative cod. 56 e cod. 60 nei PTA allocati nell'ambito dei Presidi di Post Acuzie (Terlizzi, Triggiano, Canosa e Grottaglie).

La tabella che segue (tabella E) riepiloga le funzioni di base, obbligatoriamente presenti all'interno del PTA.



REGIONE PUGLIA

Tab. E Funzioni di base obbligatoriamente presenti all'interno del PTA

Zona / settore	SERVIZI AREA PUBBLICA
SERVIZI COMUNI	Accoglienza-accettazione
	Spazi di attesa comuni
	Punto informazione (URP) per i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali
	Accesso Unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)
	CUP-Ticket
	Ufficio Anagrafe Assistibili
	Sportello Protesica/Assistenza farmaceutica integrativa/Farmacia Territoriale (punti di distribuzione)
Zona / settore	SERVIZI AREA CLINICA
SERVIZI SANITARI	
-Diagnostica	Punto prelievo
	Diagnostica radiologica ed ecografica
-Attività specialistica	Poliambulatorio (di base)
	Ambulatorio per le cronicità (destinato alla gestione delle principali cronicità)
	Ambulatorio infermieristico
Assistenza Primaria	
	Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)
	Continuità assistenziale
Emergenza urgenza	
	Postazione emergenza-urgenza
SERVIZI SOCIO SANITARI	
	Porta Unica di Accesso (PUA)

Oltre le funzioni base, è possibile prevedere ulteriori funzioni di area amministrativa e di accoglienza, di articolazione dei diversi dipartimenti aziendali, di articolazione delle reti cliniche, di servizi socio-sanitari, di servizi semiresidenziali, descritte in precedenza, nella tabella D, in relazione alla specifica configurazione dell'offerta distrettuale nel territorio di riferimento.

Nelle strutture più complesse, e verificata la coerenza della programmazione aziendale con quella regionale, sarà possibile ampliare i servizi di cui al set minimo con quelle di cui al paragrafo precedente. In particolare, con moduli di



REGIONE PUGLIA

residenzialità/degenza territoriale da individuare in funzione della programmazione regionale e aziendale, in ordine al fabbisogno e alla rete di offerta del territorio di competenza.

La presenza di una sala operatoria a norma, rispondente ai requisiti previsti dalle normative vigenti in materia, ed, in particolare dal Regolamento regionale n.3/05 e delle DD.GG.RR. nn. 433/2011 e 1202/2014, e dotata del necessario personale di supporto, consente l'erogazione di prestazioni chirurgiche ambulatoriali, anche in regime di Day Service, secondo quanto disciplinato da apposito regolamento.

Le funzioni previste in ciascun PTA sono indicate nelle schede allegate al regolamento, suddivise in due distinte colonne, a seconda che siano già attive oppure siano ancora da attivare, in aggiunta alle prime.

Di seguito si dettagliano le tipologie di servizi che è possibile attivare nell'ambito dei PTA suddivise per macro-aree.

Area pubblica

L'area pubblica comprende, dimensionati secondo le necessità: l'ingresso, l'area principale d'attesa, il punto di informazione, il CUP, gli sportelli per i servizi, ecc. Essa dovrebbe essere il più possibile aperta e dare sensazione di accoglienza dell'utente, prevedendo ambienti confortevoli e una chiara indicazione dei percorsi.

È preferibile, per motivi di sicurezza e di controllo e per non ingenerare confusione nel pubblico, avere – ove possibile – un unico punto di ingresso. Ad ogni buon conto le ASL dovranno garantire opportuna vigilanza delle strutture 24/24 ore con sistemi attivi e passivi idonei (vigilanza diurna e notturna armata e sistemi di allarme e videosorveglianza collegati a centrale).

Nell'area accettazione dovrà essere allocato il punto di informazione (sportello URP), nonché tutte le indicazioni per il raggiungimento delle varie aree e servizi offerti nel PTA. Il punto di informazione dovrà essere presidiato da personale in grado di fornire professionalmente tutte le informazioni necessarie all'utente.

Nel Presidio dovranno essere disponibili separate aree di attesa, dotate di idoneo servizio di eliminazione, contigue soprattutto ai servizi ad elevato afflusso di utenza. Nella progettazione si dovranno raggruppare il più possibile gli spazi di



REGIONE PUGLIA

primo contatto con il pubblico (informazione, CUP, ufficio anagrafe assistibili, etc.).

Occorre prevedere la realizzazione di *sportelli front office* identificati come **Accesso Unico Facilitato al Sistema** per semplificare il rapporto con il cittadino (es. *Sportello Disabilità e Handicap, Sportello SLA, Sportello Fragilità e Malattie Rare, Sportello per dichiarazione volontà donazione organi, Sportello Alzheimer ecc.*).

Detto sistema di accesso deve essere di tipo flessibile e multifunzionale, sia per poter meglio affrontare attività legate a determinati periodi (es. rinnovo delle esenzioni ticket, scelta del medico per subentro, etc.) che determinano un iper afflusso di utenza, sia per semplificare i percorsi interni e poter ricavare spazi di attesa comuni.

Essendo punto di riferimento per la salute del cittadino nel senso più ampio del termine, il PTA deve ricomprendere al proprio interno, nei limiti della disponibilità di spazi, anche aree a disposizione per le associazioni di volontariato dell'ambito sanitario e socio-sanitario.

Area clinica

Questa area rappresenta il punto centrale del Presidio: all'interno di detta area si trovano ambienti aperti al pubblico (ambulatori, etc.) ed ambienti riservati al solo personale (locali tecnici, spogliatoi, etc.).

L'organizzazione del PTA deve prevedere che i servizi simili siano organizzati in raggruppamenti funzionali di attività, rispettando i percorsi operativi e nell'ottica di facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi:

- **zona dei servizi sanitari** – comprendente punto prelievo territoriale, ambulatorio infermieristico, ambulatorio per gli immigrati (STP), servizio ADI-cure domiciliari, diagnostica radiologica (RX tradizionale), diagnostica senologica (digitale per screening), diagnostica avanzata (TAC/RMN), poliambulatorio di base, specialistico o di terzo livello¹, Day service medici (le cui modalità organizzative saranno concordate con gli organismi di rappresentanza degli specialisti ambulatoriali interni di cui all'art. 15 dell'ACN vigente del 17/12/2015, nel rispetto delle prescrizioni contrattuali, e, comunque, successivamente alla approvazione del presente Regolamento) e Day service chirurgici (per i

¹ Paragrafo 2.4.2.1 del Piano regionale di Salute 2008/2010 adottato con LR n. 23 del 19 settembre 2008



REGIONE PUGLIA

PTA dotati di sale operatorie idonee) nonché di ambulatori/servizi territoriali afferenti alle reti cliniche (*rete malattie rare, articolazioni operative/punti raccolta sangue della rete trasfusionale*², *CORO*³, ecc.), ambulatorio per la gestione delle cronicità, ambulatori decentrati dei Centri Antitrombosi (CAT) per pazienti in trattamento orale anticoagulante TAO/NAO nonché ambulatori afferenti alle reti aziendali dipartimentali, Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)⁴, Centro Dialisi con Posti Rene;

- **zona dei servizi sanitari per l'emergenza/urgenza** – comprendente postazione 118, SCAP in coerenza con le previsioni del Regolamento Regionale n.7/2017 (integrato dal reg. 3/2018).
- **zona delle cure primarie** (MMG, PLS) – comprendente continuità assistenziale, AFT, UCCP, CPT o altre forme aggregative previste dalla convenzione degli AP e dei PLS. Dette attività devono essere allocate in spazi idonei alla forma associativa autorizzata e preferibilmente in settori facilmente raggiungibili dall'utenza.
- **zona dei servizi sociali e socio sanitari** comprendente la Porta Unica d'Accesso (PUA), l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), il servizio sociale professionale e – secondo la articolazione prevista dalla rete consultoriale regionale⁵ - il Consultorio Familiare. Quest'ultimo deve essere dotato, possibilmente, di ingresso riservato e comunque posto in un settore che non interferisca con le altre attività.
- **zona dei servizi sanitari dipartimentali** (Riabilitazione, Salute Mentale e Dipendenze Patologiche) e, ove previsto, PMA (nel rispetto del fabbisogno previsto dal Regolamento Regionale n. 2 del 2014). La collocazione di dette attività deve essere pensata per evitare interferenze con le altre attività e, ove possibile, essere dotata di ingresso riservato.
- **zona dei servizi residenziali con posti letto territoriali** comprendente RSA, Ospedale di comunità, Hospice, Centro risvegli, Centro *residenziale*

² DGR n.900/2017 - Modello organizzativo della Rete trasfusionale pugliese

³ DGR n. 221/2017 – Avvio della Rete Oncologica Pugliese

⁴ "Piano nazionale demenze" approvato dalla Conferenza Unificata del 30 ottobre 2014 e pubblicato in G.U. 13 gennaio 2015, n. 9.

⁵ DGR 27 dicembre 2012, n. 3066 "L.R. n. 23/2008 – Piano di Salute 2008-2010 e DGR n. 405 del 17 marzo 2009. Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese e Direttive regionali. Approvazione a seguito della revoca della DGR n. 735 del 15 marzo 2010".



REGIONE PUGLIA

per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA), come disposto in sede di programmazione regionale con il Regolamento n. 7 del 2017(integrato dal reg. 3/2018) ed in funzione dei fabbisogni stabiliti con regolamenti regionali.

- **zona dei servizi semiresidenziali** comprendente Centri diurni (*per disabili, per psichiatrici, per soggetti affetti da demenza*) e Centro semiresidenziale per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA).
- **zona dei servizi di prevenzione** comprendente vaccinazioni, medicina legale, commissione invalidi, ambulatori screening, ambulatori per la prevenzione e per la promozione dei corretti stili di vita, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, igiene pubblica.

L'assistenza specialistica è oggetto di riorganizzazione, in funzione della qualificazione (in termini di offerta sanitaria) e della classificazione della complessità dei poliambulatori e dei servizi connessi ai sensi della L.R. n. 23 del 2008 (punto 2.4.1.1 dell'Allegato 1), nonché in vista della evoluzione nelle forme aggregate previste dall'ACN del 2009.

La rete è dimensionata affinché possa offrire in maniera flessibile: prestazioni sia semplici che strutturate sotto forma di **Day Service (DSA)**; prestazioni territoriali, di volta in volta identificate nei **Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) approvati in sede regionale e aziendale**; prestazioni previste nell'ambito del programma regionale Care Puglia, attraverso gli specifici ambulatori di cronicità collegati.

In tale ultimo contesto, l'assistenza specialistica territoriale, nel rispetto del principio della presa in carico globale del paziente cronico e dell'approccio di medicina d'iniziativa, prevede l'erogazione di prestazioni, da parte dei professionisti e delle differenti figure professionali del PTA, in integrazione con i servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

L'offerta della medicina specialistica del PTA è incardinata su medici convenzionati ambulatoriali interni, possibilmente a tempo pieno su un unico Distretto Socio Sanitario, e su medici specialisti transitati alla dipendenza, tutti operanti all'interno di un robusto rapporto di integrazione: Territorio-Ospedale-Dipartimenti territoriali - finalizzato alla presa in carico soprattutto dell'utenza in condizione di fragilità temporanea o definitiva.



REGIONE PUGLIA

Un siffatto assetto organizzativo è da intendersi come la chiave di volta delle politiche che riguardano il settore della specialistica ambulatoriale, sia per l'ottimizzazione dei flussi dei pazienti ambulatoriali tramite la messa in comune degli spazi e delle agende, sia per le competenze ed i saperi specialistici di cui sono portatori.

Tutte le prestazioni specialistiche, senza eccezioni, sono gestite per il tramite del CUP, che deve garantire, attraverso la programmazione distrettuale, agende dedicate per specifici percorsi clinici quali quelli rivolti ad esempio a pazienti oncologici o a pazienti cronici reclutati dal programma CARE Puglia.

A seguito della valutazione dell'opportunità di incrementare le ore di specialistica ambulatoriale destinate alle AA.SS.LL., è stata parzialmente modificata, nelle schede dei vari Presidi, allegate al regolamento, la previsione/programmazione delle branche specialistiche e/o dei relativi monte ore.

A supporto degli interventi dei medici specialisti e del medico dell'assistenza primaria, è previsto l'Ambulatorio infermieristico, che ha l'obiettivo di favorire e garantire la continuità assistenziale sia per i pazienti deambulanti, che necessitano di interventi infermieristici in forma ambulatoriale, sia per i pazienti da assistere a domicilio. Infatti, all'interno di questi ambulatori, svolgono la loro attività gli stessi operatori che si occupano degli ambulatori specialistici, del centro prelievo, delle cure domiciliari, dell'articolazione locale del sistema di emergenza/urgenza, che dovranno garantire l'esecuzione di trattamenti sanitari per i quali non è necessario l'intervento del medico.

Nell'ambulatorio infermieristico gli Infermieri sono appositamente formati per l'erogazione di prestazioni con particolare riguardo al paziente fragile, per la valutazione e la registrazione dei parametri biofisici per la presa in carico delle patologie croniche di maggior complessità al fine della prevenzione delle complicanze e della riduzione dei ricoveri.

Le prestazioni infermieristiche che possono essere erogate sono indicate di seguito:

- Triage telefonico e in sala d'attesa;
- Orientamento al corretto utilizzo dei Servizi e ai Percorsi di Cura;
- Terapia iniettiva (intramuscolare, endovenosa, sottocutanea);
- Medicazioni, fasciature, piccola traumatologia, rimozione suture;



REGIONE PUGLIA

- Vaccinazione antinfluenzale;
- Cateterismo vescicale;
- Rilevazione parametri biofisici e clinici (peso, altezza, BMI, pressione arteriosa, FC, stick glicemici) per il monitoraggio delle patologie croniche;
- Counselling su stili di vita e abitudini voluttuarie;
- Counselling e supporto nella gestione della persona fragile o nella malattia grave;
- Rinforzo formativo, presa in cura ed educazione sanitaria nei riguardi delle patologie croniche di maggior rilievo (Diabete mellito, Scompenso Cardiaco, Broncopneumopatie croniche, gestione della Terapia Anticoagulante Orale, ipertensione);
- Partecipata condivisione delle cure e verifica dell'aderenza terapeutica;
- Spirometria;
- Elettrocardiografia.

L'ambulatorio delle cronicità.

La Regione Puglia sin dall'inizio del 2012, contestualmente all'ultima robusta riconversione di presidi ospedalieri in strutture territoriali, ha avviato un percorso di sperimentazione di modelli assistenziali di medicina d'iniziativa secondo i principi del *Chronic Care Model*.

La stessa intende aprire la terza e non più sperimentale fase del modello assistenziale, attraverso un percorso che:

- parta dalla definizione condivisa (distretti, medici di AP e specialisti) di un modello generalizzato e ufficiale di presa in carico delle cronicità maggiori;
- passi per la realizzazione di un patto di cura tra SSR e medici di AP che preveda premialità e ripotenziamento ciclico del sistema a fronte del rispetto di condivisi obiettivi economici e di cura;
- alimenti un efficace sostegno all'autogestione della patologia cronica da parte del malato;
- utilizzi il PDTA come strumento di progettazione, organizzazione, monitoraggio e miglioramento continuo dei processi di clinico-assistenziali della cronicità;



REGIONE PUGLIA

- completi solidamente la trasformazione dell'assistenza sanitaria regionale in assistenza prevalentemente territoriale e di prossimità.

Sono state identificate le priorità in quattro cronicità, su cui è stata avviata la sperimentazione regionale: diabete mellito di II tipo, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva. Il target è rappresentato dalla popolazione ultraquarantenne in carico ai medici di AP della Regione Puglia.

Per definire le modalità di gestione del paziente cronico, il modello organizzativo si incardina sulle aggregazioni dei medici e punta a valorizzare gli ambiti assistenziali previsti dai presidi territoriali.

In questo contesto, i Presidi Territoriali di Assistenza giocano un duplice ruolo:

1. costituiscono il fulcro dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, analiticamente individuate nell'ambito dei PDTA per i soggetti cronici arruolati, e quindi dei Piani Assistenziali Individuali predisposti dai medici di AP e sottoscritti dai pazienti sotto forma di Patto di Cura, attraverso percorsi e spazi dedicati;
2. nell'ambito delle degenze territoriali, possono essere gestiti i pazienti cronici in dimissione da reparti per acuti per cui è necessario consolidare le condizioni fisiche ovvero continuare il processo di recupero funzionale; nonché pazienti affetti da patologie croniche a bassa complessità assistenziale che necessitano di controlli o terapie particolari difficilmente erogabili a domicilio o che non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio per motivi logistici o socio-sanitari. La gestione clinica di tali pazienti è affidata al medico di AP.

In relazione al primo punto, pertanto, è prevista l'istituzione di ambulatori multi specialistici destinati alla diagnostica e al follow up dei pazienti cronici, cui si accede su prenotazione effettuata direttamente dal medico di AP, nell'ambito del programma di presa in carico, secondo tempistiche definite con il Piano assistenziale individuale siglato tra il medico e il paziente reclutato.

La farmacia territoriale ed i punti di distribuzione per assistenza integrativa farmaceutica sono allocati nei PTA che hanno moduli di residenzialità/degenza territoriale o che presentano un numero di accessi giornalieri ai servizi ambulatoriali superiore a 70. Per detti servizi deve essere garantita una attenta sorveglianza nelle forme più idonee.



REGIONE PUGLIA

Area di Direzione

È una zona che ha una funzione prevalentemente di servizio. A seconda delle dimensioni del Presidio, l'area del personale e degli uffici periferici può comprendere la zona amministrativa, un'area direzionale, aule e sale riunioni dedicate, che possono essere utilizzate per attività di formazione e informazione.

Alcuni particolari spazi amministrativi si trovano necessariamente in aree condivise con gli spazi di accoglienza, come il CUP, lo sportello anagrafe assistibili, l'ufficio protesi/ausili e assistenza integrativa, etc. e, negli stessi, l'attività connessa col *front office* è distinta rispetto all'attività di *back office* dell'amministrazione.

Sono compresi in questa macro-area anche gli spazi dedicati alla gestione degli approvvigionamenti (*magazzino economale, magazzino protesica ecc.*) e allo smaltimento dei rifiuti, nonché zone di servizio necessarie al funzionamento del Presidio.

In ogni caso, l'inserimento di ulteriori servizi nella programmazione regionale di cui al presente regolamento e ss.mm. e l'adozione del relativo atto regionale rappresentano condizione imprescindibile per l'avvio della attuazione degli interventi previsti e per la richiesta di finanziamenti regionali a valere sulla programmazione comunitaria 2014-2020.

La Gestione delle Urgenze territoriali

La dislocazione e la qualificazione dei nodi del sistema di urgenza territoriale è stata definita con la DGR 1933 del 30 novembre 2016 e recentemente modificata dalla DGR n. 583 del 10 aprile 2018 avente ad oggetto "*Studio preliminare relativo al riordino dei punti di primo intervento*".

Il presidio delle emergenze/urgenze territoriali è affidato al servizio 118.

In relazione alla gestione delle urgenze territoriali minori, la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, la cui finalità primaria è quella di garantire una copertura assistenziale quanto più ampiamente possibile distribuita nelle h 10-12 diurne, rappresenta il primo livello di assistenza per condizioni cliniche che usualmente possono essere gestite nell'ambito di uno studio medico monoprofessionale.



REGIONE PUGLIA

La presenza dei Medici di Continuità Assistenziale (sommata a quella dei MMG e PLS) consente di garantire un'assistenza H24 e costituire un punto di riferimento valido, alternativo all'ospedale, anche per le urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e, in parte verdi).

Nell'ottica di implementare le relazioni virtuose tra il sistema delle cure primarie, l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, per garantire l'accesso alle cure in un contesto di appropriatezza, la Regione Puglia ha inoltre avviato un servizio di consulenza ambulatoriale pediatrica (SCAP), realizzato in collaborazione con i pediatri di libera scelta, per garantire assistenza pediatrica specialistica durante i giorni festivi e i prefestivi e limitare l'accesso inappropriato al Pronto Soccorso.

Il Collegamento del PTA con gli altri presidi della rete territoriale

Il PTA costituisce la porta di accesso del cittadino-utente a tutti i servizi relativi all'assistenza medica e pediatrica di base, all'assistenza specialistica extra-ospedaliera, ivi inclusa la Neuropsichiatria Infantile, i Sert, la Riabilitazione e l'assistenza protesica, alla prevenzione, all'assistenza domiciliare, all'assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale, all'assistenza farmaceutica ed integrativa, all'assistenza specialistica.

Ai PTA, intesi come "presidi centralizzati", nei quali si attiva la "presa in carico integrata", ed all'interno dei quali sarà possibile allocare servizi specifici, dovranno collegarsi tutti i "poliambulatori decentrati" periferici, ai quali i cittadini potranno accedere direttamente, trovando risposta in loco oppure nel presidio centralizzato per quelle funzioni non disponibili in periferia.

Nel ridisegno della rete della specialistica ambulatoriale, le ASL dovranno tenere in considerazione anche gli ambulatori specialistici ospedalieri, che dovranno essere posti in rete con gli ambulatori territoriali ed indirizzarsi verso la gestione di una casistica più complessa.

In particolare, occorre strutturare una logica di Gestione Integrata per le cronicità tra il MMG/PLS e la specialistica distrettuale ed ospedaliera, attraverso una rete di ambulatori dedicati, finalizzati a differenziare i diversi livelli erogativi del sistema secondo il grado di complessità gestionale dei pazienti, come definito nell'ambito del Programma Care Puglia.



REGIONE PUGLIA

Il collegamento del PTA con l'Ospedale

Il collegamento tra il Presidio Territoriale di Assistenza ed il Presidio Ospedaliero rappresenta una prospettiva fondamentale di sviluppo della rifunzionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale.

I punti di interconnessione PTA-Ospedale riguardano le principali aree presenti nella struttura ed in particolare:

- **Dimissioni protette:** per i pazienti ricoverati e dimessi con problematiche di non autosufficienza da inserire nel circuito della degenza territoriale ovvero della assistenza residenziale e/o domiciliare;
- **Dimissioni facilitate:** in particolare dei pazienti cronici (diabete mellito, scompenso cardiaco, etc.) e dei pazienti post-acuzie con patologie severe (post-infarto, post-ictus) che garantiranno la continuità assistenziale attraverso il collegamento pre-dimissione con la rete territoriale di assistenza di riferimento del paziente.

Le dimissioni protette e facilitate devono essere effettuate sempre di intesa con il medico di AP/PLS, i servizi territoriali e la rete familiare di supporto.

Le procedure di attivazione sono avviate, non meno di 3 giorni lavorativi prima della dimissione prevista, dall'équipe medica del reparto in cui il paziente è ricoverato che compila un'apposita scheda di **Proposta di Dimissione Protetta**, unitamente alla documentazione sanitaria e/o sociale necessaria (SVAMA, SVAMDI, SVAMA sociale), da inviare al DSS competente o al Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione.

E' possibile attivare una funzione dedicata alla *Transitional Care*, nell'ambito del Servizio Cure Domiciliari e Assistenza Intermedia del DSS, composta da un medico coordinatore e da uno staff costituito da infermieri, OSS, assistente sociale, che guidi e accompagni la transizione del paziente attraverso i setting appropriati all'impegno assistenziale richiesto (acuzie/postacuzie/ospedale di comunità/residenze sanitarie/ADI/domicilio), con il coinvolgimento del medico di AP/PLS dell'assistito e – se necessario – il Comune di residenza per la presa in carico sociale.

Lo staff dedicato alla *Transitional Care* opera in stretto contatto con i Presidi Ospedalieri e con tutti i nodi dell'offerta di degenze territoriali dell'area di riferimento, da un lato, e con la PUA del PTA, dall'altro, secondo i principi del *case-management*, gestendo il percorso di collegamento tra i diversi setting con



REGIONE PUGLIA

il medico di AP/PLS che ha in carico il paziente e con il circuito delle Cure Primarie collegato al PTA di appartenenza.

La valutazione del paziente in UVM o da parte dell'Unità del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione viene effettuata preferibilmente in ospedale, prima della dimissione, e dà luogo rispettivamente alla stesura di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) o di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), nonché all'attivazione di tutti gli interventi necessari per promuovere la dimissione del paziente.

In tale sede il AP/PLS è coinvolto nella valutazione del setting verso cui il paziente sarà orientato una volta dimesso dall'ospedale (domicilio con attivazione Cure Domiciliari, residenza sanitaria o socio-sanitaria, struttura di riabilitazione territoriale, struttura per cure palliative, ospedale di comunità).

Il collegamento del PTA con la rete della assistenza primaria

Nell'ottica del riassetto della rete territoriale, il D.L. 13 settembre 2012 n.158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 ha previsto una riorganizzazione dell'assistenza primaria.

Il D.Lvo 189/2012 all'art. 1 comma 2 così recita: "Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Le Regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza"

Il Patto per la Salute 2014-2016, all'art. 5 comma 1, prevede: "Al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, le Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale ed organizzativa, istituiscono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrate con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2 dell'art.1 della legge 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria del Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definite dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale."



REGIONE PUGLIA

La norma ha previsto, nel nuovo assetto della Medicina Generale, il **Ruolo Unico** del personale medico convenzionato, con il superamento dell'attuale sistema distinto in settori, Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) e Assistenza Primaria (medici di famiglia), realizzando un sistema unitario, ove attività orarie, come ad esempio guardia medica e servizi territoriali, e attività a quota capitaria, come la medicina di famiglia, potranno essere svolte dallo stesso medico.

Tale cambiamento, seppur previsto dalle suddette normative, non ha ancora visto piena attuazione su scala nazionale ed è oggetto di contrattazione col prossimo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) e dei successivi Accordi Integrativi Regionali (AIR) della medicina generale.

Oltre al ruolo unico nella precitata normativa, è stato previsto il superamento delle diverse tipologie di forme associative della Medicina Generale di cui all'art. 54 dell'ACN 2009, prevedendo quali uniche forme di aggregazione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta le **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**, forme organizzative monoprofessionali che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, e le **Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)**, forme organizzative multiprofessionali che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Il riassetto delle Cure Primarie comporta quindi la necessità di riorganizzare la medicina convenzionata (Medici di Assistenza Primaria/PLS e Medicina Specialistica Ambulatoriale) e tutte le figure professionali che costituiscono il Sistema della "Primary Health Care" in raggruppamenti funzionali, anche per dare attuazione a quanto previsto dalla Legge 189/2012.

Il modello operativo per la medicina di iniziativa deve prevedere degli aspetti qualificanti anche per garantire uniformità ed equità di assistenza ai cittadini:

- il superamento della frammentazione dell'assistenza sanitaria nel territorio mediante la continuità assistenziale;
- un'assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale;



REGIONE PUGLIA

- il riconoscimento che l'assistenza primaria rappresenta il punto centrale (hub) dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema, con un ruolo cardine svolto dal Distretto;
- una maggiore caratterizzazione e definizione delle funzioni delle diverse figure professionali, mediche e non, ferma restando la necessità di integrazione tra MMG, specialisti, altre professioni sanitarie e sociali, infermieri, in grado di farsi carico di gruppi di popolazione e di garantire loro una continuità assistenziale integrata, tenuto conto che la responsabilità clinica del paziente, e quindi il coordinamento del processo di cura, è in carico all'equipe medica (Medici di Assistenza Primaria/PLS - Specialisti Ambulatoriali), presa in carico del paziente anche avvalendosi di PDTA concordati e condivisi;
- l'utilità di definire sedi fisiche di prossimità sul territorio per l'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socioassistenziali rivolti alla popolazione di pazienti cronici in aggiunta ai già esistenti setting assistenziali rappresentati dal domicilio del paziente o dalle strutture residenziali;
- la presenza di sistemi informativi evoluti in grado di leggere i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) al fine di monitorare e valutare l'assistenza erogata al paziente cronico;
- l'utilizzo di linee guida in grado di tener conto della comorbilità e della complessità assistenziale e, contemporaneamente, porre attenzione alla promozione degli stili di vita e al passaggio dal solo "Approccio Linee Guida (LG) ed Evidence Based Medicine (EBM)" ad un "Approccio più Personalizzato";
- investire sull'auto-gestione dei pazienti e sull'empowerment in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia.

Sia le AFT che le UCCP perseguono il governo clinico attraverso l'appropriatezza con incontri periodici a carattere di audit organizzativo.

L'implementazione di una Assistenza Territoriale Integrata, come rappresentata dal patto della Salute 2014-2016, ai sensi della così detta legge Balduzzi 189/2012 si realizza tramite:

- un processo organizzativo che garantisca un'efficace continuità dell'assistenza mediante la riduzione del ricorso improprio al Pronto



REGIONE PUGLIA

Soccorso e dei ricoveri inappropriati anche con l'attivazione di "Percorsi Diagnostico Terapeutici Ambulatoriali (PDTA) che coinvolgano i medici dell'Assistenza Primaria e gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni organizzati in Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) e in UCCP;

- il perseguimento del "coordinamento funzionale" dell'attività degli Specialisti Ambulatoriali dei medici di Assistenza primaria e PLS, con le attività del distretto;
- la realizzazione di forme di "maggiore fruibilità e accessibilità" dei servizi e delle attività territoriali da parte dei Cittadini, prevedendo da parte dei medici la fruibilità di spazi comuni, attraverso le UCCP";
- l'utilizzazione degli strumenti della "rete" e della "telemedicina" per la gestione del Paziente in sede domiciliare, e in particolare nelle località disagiate e nelle isole minori.

Nelle more della completa e puntuale attuazione di tale modello nella Regione Puglia (in fase di avanzata definizione del confronto con le rappresentanze della AP), le concrete modalità di integrazione di tali aggregazioni nelle strutture territoriali intermedie dovranno conformarsi a quanto previsto nel presente documento.

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Le AFT costituiscono un'articolazione del Distretto Socio Sanitario nell'ambito delle quali operano i medici di Assistenza primaria (AP) e i pediatri di libera scelta (PLS) coordinati in *team funzionali* al fine di garantire una maggiore operatività.

In questo modo si realizza la rete orizzontale tra medici e si pongono le condizioni per quella verticale con le altre strutture del sistema, per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza.

In particolare, a regime i compiti dell'AFT possono essere così schematizzati:

- assicurare l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nelle forme domiciliari ed ambulatoriali, a tutti i cittadini che ad essi afferiscono;
- sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di potenziare gli interventi di prevenzione e promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione assistita;



REGIONE PUGLIA

- valutare i bisogni della popolazione assistita e promuovere l'appropriatezza nell'uso dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, garantendo l'equo accesso alle cure;
- attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
- rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- realizzare i progetti di sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità;
- partecipare ad iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione.

L'Azienda sanitaria, in accordo a quanto disposto dall'art. 26-bis dell'ACN, individua, con estensione territoriale variabile in relazione alla densità e distribuzione della popolazione nonché alle caratteristiche geomorfologiche del territorio (urbano, rurale, montano), le AFT in ogni Distretto Socio Sanitario del territorio aziendale in relazione ai seguenti criteri:

- popolazione assistita di riferimento non superiore a 30.000 residenti;
- numero di medici, di norma, non inferiore a 20, comprensivi di *medici a ciclo di fiducia* e *medici a rapporto orario*, connessi funzionalmente tra loro.

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di Medicina Generale (allo stato attuale: medici di Assistenza primaria (AP), medici di Continuità Assistenziale e medici della medicina dei servizi e domani medici a ruolo unico con contemporaneo rapporto orario e a ciclo di fiducia), di PLS e di Medici Specialisti Ambulatoriali ed altre professionalità convenzionate interne.

In virtù del rapporto fiduciario medico/paziente, la costituzione di una AFT dell'Assistenza Primaria (AP) individua in automatico un "bacino" di assistiti, che sono i cittadini che hanno liberamente scelto i medici di AP/PLS della AFT, rispetto ai quali andranno poi "costruite" tutte le risposte ai bisogni socio-sanitari.



REGIONE PUGLIA

Ciascun PTA ospiterà una AFT, costituita dai medici di Assistenza Primaria del comune/ambito di scelta di riferimento secondo i limiti indicati dagli accordi: per le prestazioni relative alle cure primarie e alla medicina di iniziativa, la popolazione di riferimento del PTA è rappresentata prioritariamente dagli assistiti in carico ai medici di AP con sede nel PTA.

L'avvio delle AFT dovrà avvenire prioritariamente nei PTA collocati in aree geografiche a minore infrastrutturazione sanitaria, garantendo operatività nell'arco di dodici ore. Il presidio nelle ore notturne sarà garantito dalla continuità assistenziale collocata nella medesima sede.

I Medici in AFT dovranno garantire l'integrazione delle cartelle cliniche informatizzate degli assistiti, oltre che il collegamento alle reti informatiche aziendali e regionali.

Oltre ai medici di AP/PLS, numericamente più rappresentati, concorrono alle cure primarie nel territorio anche altri medici convenzionati quali i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali Interni per i quali pure sono previste le forme aggregative delle AFT e la partecipazione alle UCCP.

E' necessario prevedere anche le forme di Aggregazione Funzionale Territoriale Specialistica (AFTS), un insieme organizzato la cui componente medica e professionale monoprofessionale e multidisciplinare è composta da Medici Specialisti Ambulatoriali, Biologi, Chimici, Psicologi e Veterinari Convenzionati Interni, con le dotazioni strutturali e strumentali necessarie per lo svolgimento delle attività specialistiche.

Ai medici delle AFT (medici AP/PLS e Specialisti Ambulatoriali), dotati di diagnostica di riferimento tramite la Medicina Specialistica anche in un'ottica di integrazione, è affidata la prevenzione e la gestione completa di percorsi relativi a singole patologie croniche o alla complessità che nasce dalla contemporanea presenza di più patologie in soggetti autosufficienti o con non-autosufficienza lieve, definendo obiettivi da garantire, indicatori da verificare e risorse a disposizione per realizzare gli obiettivi (programmazione operativa). Analogamente viene affidata la gestione completa dei percorsi relativi a singole patologie per l'acuzie a bassa intensità assistenziale, cioè quelle prestazioni sanitarie episodiche non caratterizzate da elementi di urgenza o emergenza, definendo anche qui obiettivi da garantire, indicatori da verificare e risorse a disposizione per realizzare gli obiettivi (programmazione operativa).

Tale aggregazione opera in collaborazione con il personale infermieristico ed il personale di supporto amministrativo; eroga visite specialistiche, prestazioni di



REGIONE PUGLIA

diagnostica per immagini (ecografie, radiografie, TC, RM ecc.) e di laboratorio, consulti specialistici interdisciplinari e, con i medici di AP/PLS, prestazioni specialistiche organizzate mediante percorsi interni coordinati e predefiniti per alcuni gruppi di patologie; programma prestazioni specialistiche domiciliari su richiesta del medici di AP/PLS o di altro specialista.

Per quanto riguarda la gestione delle malattie croniche, le Aggregazioni Funzionali Territoriali Specialistiche hanno a disposizione specialisti con un sufficiente numero di ore delle branche a visita e di diagnostica strumentale e per immagine necessarie per ogni singola patologia cronica garantendo, così, la "presa in carico di gruppi di popolazione affetti da patologie croniche in stretta collaborazione con i medici di AP/PLS.

Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)

Il D.Lvo 189/2012, all' art. 1 comma 2 prevede che "Le UCCP costituiscono forme organizzative complesse, che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni, con una sede di riferimento ed eventuali altre sede dislocate sul territorio. Il carattere multiprofessionale delle UCCP è garantito dal coordinamento tra le diverse professionalità, con particolare riguardo all'integrazione tra la medicina specialistica e la medicina generale. Le UCCP possono avvalersi, qualora previsto dalla programmazione regionale, di professionisti accreditati ai sensi della normativa vigente, nei limiti dei contratti stipulati dalla Regione e dalle ASL ai sensi dell'art.8 *quinquies* del D.Lvo 502/92 e s.m.i. e nel rispetto dei vincoli di spesa previsti dalle disposizioni vigenti".

L'UCCP invece è un'aggregazione, multiprofessionale, strutturata anche in un presidio, di cui fanno parte i Medici di Assistenza Primaria, Pediatri di Libera Scelta e Medici Specialisti Ambulatoriali Interni convenzionati e altri Professionisti sanitari insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi.

L'UCCP garantisce le risposte complesse alla popolazione di riferimento della AFT, così come sopra individuata, avendo come riferimento PDTA condivisi, ma formulando poi un piano assistenziale personalizzato e che opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, materialmente nei vari "setting" assistenziali individuati e messi a disposizione dal Distretto (ambulatori pubblici, dei medici di famiglia e/o dei Pediatri di Libera scelta, domicilio del paziente in caso di ADI, Strutture residenziali) e anche in sede unica o con una sede di riferimento, quali i Presidi di Assistenza Territoriali.



REGIONE PUGLIA

L'UCCP si avvale di personale infermieristico, riabilitativo, amministrativo, assistente sociale, etc.⁶ rappresenta, pertanto, un'aggregazione strutturale multiprofessionale composta da

personale convenzionato con il SSN (medici di AP/PLS, specialisti), insieme ad altri operatori del territorio, che operano nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in una sede unica.

L'implementazione di tale forma associativa consente:

- di garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina Generale;
- di migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di patologie croniche e degenerative;
- di coordinare le risposte e i trasferimenti dall'Ospedale alle strutture territoriali (ammissioni e dimissioni protette);
- il controllo dell'appropriatezza prescrittiva, farmaceutica e specialistica ambulatoriale;
- di ricondurre al circuito delle cure primarie gli accessi impropri al Pronto soccorso, i ricoveri ospedalieri inappropriati e i ricoveri ripetuti fornendo una alternativa di diagnosi, cura e assistenza e presa in carico in appropriatezza;
- di facilitare, tramite il Distretto, la formulazione di percorsi assistenziali condivisi tra Ospedale e Territorio con la diretta partecipazione dei medici ospedalieri.

In considerazione delle caratteristiche orografiche e delle differenti densità abitative esistenti nella Regione Puglia, nell'ambito delle AFT, si dovranno prevedere modelli organizzativi delle UCCP differenti che meglio si adattano alle specifiche esigenze del territorio.

UCCP a sede unica (modello metropolitano)

Prevede l'individuazione della sede in un luogo ad alta densità di popolazione destinato ad una popolazione non superiore a 30.000



REGIONE PUGLIA

abitanti ed un numero di medici, di norma, non inferiore a 20 comprensivi di *medici a ciclo di fiducia* e *medici a rapporto orario*.

UCCP in rete (modello rurale e montano a bassa densità abitativa)

Prevede l'individuazione nei territori a bassa densità abitativa di una o a più sedi di riferimento correlate alle necessità della popolazione assistita. Tale modello prevede, inoltre, un numero di medici, di norma, non inferiore a 10, comprensivi di *medici a ciclo di fiducia* e *medici a rapporto orario* e numero di assistiti non inferiore a 5.000.

In deroga ai precedenti modelli organizzativi, in caso di particolari situazioni debitamente motivate, l'Azienda può prevedere anche il seguente modello:

UCCP con sede di riferimento (modello sub urbano) – sistema hub and spoke

Prevede l'individuazione di una sede di riferimento nel luogo a maggiore richiesta assistenziale o nel luogo di maggiore densità abitativa collegata telematicamente ad altre sedi dislocate sul territorio di riferimento. Tale modello prevede un numero di medici, di norma, non inferiore a 15, comprensivi di *medici a ciclo di fiducia* e *medici a rapporto orario* e numero di assistiti non inferiore a 15.000.

Nell'ambito della sede dell'UCCP viene nominato un **referente/coordinatore unico** eletto dai medici appartenenti alla stessa struttura tra i medici convenzionati, con compiti di raccordo funzionale e professionale, destinatario degli obiettivi aziendali.

Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi

Tutti i Presidi Territoriali di Assistenza realizzati e/o da realizzarsi, dovranno essere censiti nell'Area Anagrafe delle Strutture Sanitarie del Sistema Informativo Sanitario Regionale e possedere i requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio, oltre agli ulteriori requisiti necessari per il riconoscimento dell'accreditamento istituzionale di cui agli specifici regolamenti regionali.

La struttura dovrà essere dotata di cartella clinica informatizzata condivisa ed integrata con gli attuali software dei medici AP e PLS e con quelli dei vari ambulatori specialistici. Tutte le prestazioni sanitarie erogate all'interno dei PTA devono essere registrate nei flussi informativi di competenza. Per le attività di



REGIONE PUGLIA

nuova istituzione deve essere creato un apposito flusso informativo (ad es. per l'Ospedale di Comunità).

I PTA, dovranno essere dotati di una strumentazione minima, oltre all'arredamento ed alle attrezzature e presidi medico chirurgici generici che dovranno essere presenti in ogni ambulatorio specialistico, in relazione alla specificità dell'attività da svolgersi, dovranno essere presenti tutte quelle risorse tecnologiche al fine di permettere ai vari specialisti di esprimere il massimo delle loro capacità professionali assicurando la reale e tempestiva presa in carico degli utenti, nonché l'equo accesso a cure sicure ed appropriate.

Tutti gli ambienti devono essere a norma per quanto riguarda l'illuminazione, sia naturale che artificiale, l'aerazione, l'impiantistica, etc. ed il personale sanitario deve essere adeguato al volume ed alla tipologia delle prestazioni erogate e da erogarsi.

Per ciascuna delle possibili attività/aree funzionali attivate nell'ambito dello specifico PTA, si rinvia alla normativa di riferimento che disciplina requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi di ciascuna struttura.



REGIONE PUGLIA

ASL BA	PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI RUTIGLIANO																																			
DEGENZE TERRITORIALI	Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/ servizi previsti da attivare																																		
Ospedale di comunità		10																																		
SERVIZI																																				
Accesso Unico alle Cure																																				
- C.U.P.	SI																																			
- URP		SI																																		
- Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)		SI																																		
- P.U.A.		SI																																		
- Raccordo con UVM distrettuale		SI																																		
- Presa in carico e gestione delle dimissioni protette		SI																																		
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale																																				
- Cure domiciliari	SI																																			
- AFT		SI																																		
- Continuità assistenziale	SI																																			
- Ambulatorio per le cronicità		SI																																		
Ambulatorio specialistico di:	<table border="1"> <tr><td>ANGIOLOGIA</td><td style="text-align: center;">6</td></tr> <tr><td>AUDIOLOGIA</td><td style="text-align: center;">22</td></tr> <tr><td>NEUROLOGIA</td><td style="text-align: center;">22</td></tr> <tr><td>OCULISTICA</td><td style="text-align: center;">15,5</td></tr> <tr><td>ODONTOIATRIA</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td>ORTOPEDIA</td><td style="text-align: center;">2,5</td></tr> <tr><td>UROLOGIA</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr><td>CHIRURGIA VASCOLARE</td><td style="text-align: center;">27</td></tr> <tr><td>GERIATRIA</td><td style="text-align: center;">6</td></tr> <tr><td>ORL</td><td style="text-align: center;">6,5</td></tr> <tr><td>TOTALE ORE</td><td style="text-align: center;">120,5</td></tr> </table>	ANGIOLOGIA	6	AUDIOLOGIA	22	NEUROLOGIA	22	OCULISTICA	15,5	ODONTOIATRIA	5	ORTOPEDIA	2,5	UROLOGIA	8	CHIRURGIA VASCOLARE	27	GERIATRIA	6	ORL	6,5	TOTALE ORE	120,5	<table border="1"> <tr><td>DIABETOLOGIA</td><td style="text-align: center;">24</td></tr> <tr><td>CARDIOLOGIA</td><td style="text-align: center;">38</td></tr> <tr><td>PNEUMOLOGIA</td><td style="text-align: center;">12</td></tr> <tr><td>ENDOCRINOLOGIA</td><td style="text-align: center;">14</td></tr> <tr><td>ORTOPEDIA</td><td style="text-align: center;">18</td></tr> <tr><td>TOTALE ORE</td><td style="text-align: center;">106</td></tr> </table>	DIABETOLOGIA	24	CARDIOLOGIA	38	PNEUMOLOGIA	12	ENDOCRINOLOGIA	14	ORTOPEDIA	18	TOTALE ORE	106
ANGIOLOGIA	6																																			
AUDIOLOGIA	22																																			
NEUROLOGIA	22																																			
OCULISTICA	15,5																																			
ODONTOIATRIA	5																																			
ORTOPEDIA	2,5																																			
UROLOGIA	8																																			
CHIRURGIA VASCOLARE	27																																			
GERIATRIA	6																																			
ORL	6,5																																			
TOTALE ORE	120,5																																			
DIABETOLOGIA	24																																			
CARDIOLOGIA	38																																			
PNEUMOLOGIA	12																																			
ENDOCRINOLOGIA	14																																			
ORTOPEDIA	18																																			
TOTALE ORE	106																																			
- Day service medico		SI																																		
- Centro prelievi	SI																																			
- Articolazione Organizzativa (punto di prelievo fisso per la raccolta del sangue intero e degli emocomponenti che dipende da un Servizio trasfusionale di riferimento).	SI																																			
- Diagnostica per immagini	SI																																			
- Ambulatorio infermieristico		SI																																		
- Farmacia	SI																																			



REGIONE PUGLIA

Emergenza-Urgenza		
- Postazione 118		SI
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile		
- Consultorio familiare	SI	
Attività amministrativa		
- Scelta e revoca Medico	SI	
- Esenzioni ticket	SI	
- Rimborsi	SI	
- Ufficio anagrafe assistibili	SI	
- Assistenza integrativa farmaceutica	SI	
- Ausili, Presidi e Protesi	SI	

ASL BA

PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA
DI ALTAMURA

SERVIZI	Servizi attivi	Servizi previsti da attivare																												
Accesso Unico alle Cure																														
- C.U.P.	SI																													
- P.U.A.	SI																													
- URP		SI																												
- Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)		SI																												
- Raccordo con UVM distrettuale	SI																													
- Presa in carico e gestione delle dimissioni protette	SI																													
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale																														
- Cure domiciliari	SI																													
- AFT		SI																												
- Continuità assistenziale	SI																													
- Farmacia	SI																													
Ambulatorio specialistico di:	<table border="1"> <tr><td>ALLERGOLOGIA</td><td>10</td></tr> <tr><td>CARDIOLOGIA</td><td>6</td></tr> <tr><td>CHIRURGIA GENERALE</td><td>18</td></tr> <tr><td>CHIRURGIA VASCOLARE</td><td>9,5</td></tr> <tr><td>DERMATOLOGIA</td><td>9</td></tr> <tr><td>ENDOCRINOLOGIA</td><td>10</td></tr> <tr><td>FISIOKINESITERAPIA</td><td>55</td></tr> <tr><td>GERIATRIA</td><td>4</td></tr> <tr><td>MEDICINA DELLO SPORT</td><td>10</td></tr> </table>	ALLERGOLOGIA	10	CARDIOLOGIA	6	CHIRURGIA GENERALE	18	CHIRURGIA VASCOLARE	9,5	DERMATOLOGIA	9	ENDOCRINOLOGIA	10	FISIOKINESITERAPIA	55	GERIATRIA	4	MEDICINA DELLO SPORT	10	<table border="1"> <tr><td>ORL</td><td>20</td></tr> <tr><td>ORTOPEDIA</td><td>20</td></tr> <tr><td>DIABETOLOGIA</td><td>10</td></tr> <tr><td>OSTETRICIA E GINECOLOGIA</td><td>20</td></tr> <tr><td>TOTALE ORE</td><td>70</td></tr> </table>	ORL	20	ORTOPEDIA	20	DIABETOLOGIA	10	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	20	TOTALE ORE	70
ALLERGOLOGIA	10																													
CARDIOLOGIA	6																													
CHIRURGIA GENERALE	18																													
CHIRURGIA VASCOLARE	9,5																													
DERMATOLOGIA	9																													
ENDOCRINOLOGIA	10																													
FISIOKINESITERAPIA	55																													
GERIATRIA	4																													
MEDICINA DELLO SPORT	10																													
ORL	20																													
ORTOPEDIA	20																													
DIABETOLOGIA	10																													
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	20																													
TOTALE ORE	70																													



REGIONE PUGLIA

	NEUROLOGIA	15	
	OCULISTICA	15	
	ONCOLOGIA	15	
	PNEUMOLOGIA	20	
	UROLOGIA	7,5	
	TOTALE ORE	204	
- Day service medico			SI
- Ambulatorio per le cronicità			SI
- Diagnostica per immagini			SI
- Ambulatorio infermieristico			SI
- Centro prelievi	SI		
Emergenza-Urgenza			
- Postazione 118	SI		
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
- Consultorio familiare			SI
Salute Mentale			
- Disturbi del comportamento alimentare. Ambulatorio Intensivo ad attività diurna	SI		
- Disturbi del comportamento alimentare. Ambulatorio Intensivo-DAY SERVICE			SI
- Disturbi del comportamento alimentare. Residenza Riabilitativa Extraospedaliera.			SI (20 p.l. – con moduli per età, patologia DCA e sesso)
- NPIA con Centro Territoriale Autismo			SI (CAT, presa in carico dei pazienti)
Riabilitazione			
- Centro riabilitazione ambulatoriale			SI
- Trattamenti domiciliari			SI
Attività amministrativa			
- Scelta e revoca Medico	SI		
- Esenzioni ticket	SI		
- Rimborsi	SI		
- Ufficio anagrafe assistibili	SI		
- Assistenza integrativa farmaceutica	SI		
- Ausili, Presidi e Protesi	SI		

ASL BA

PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA
DI GRAVINA DI PUGLIA



REGIONE PUGLIA

SERVIZI	Servizi attivi	Servizi previsti da attivare
Accesso Unico alle Cure		
- C.U.P.	SI	
- URP		SI
- PUA		SI
- Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)		SI
- Raccordo con UVM distrettuale		SI
- Presa in carico e gestione delle dimissioni protette		SI
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale		
- Cure domiciliari	SI	
- AFT		SI
- Continuità assistenziale	SI	
- Ambulatorio per le cronicità		SI
- Day service medico	SI	
	ALLERGOLOGIA 9	CARDIOLOGIA 24
	CARDIOLOGIA 22,8	ORL 10
	CHIRURGIA VASCOLARE 8,5	OSTETRICIA E GINECOLOGIA 38
	DERMATOLOGIA 8	TOTALE ORE 72
	DIABETOLOGIA 24	
	ENDOCRINOLOGIA 6	
	FISIOKINESITERAPIA 54,5	
	GERIATRIA 4	
	MEDICINA DELLO SPORT 6	
	MEDICINA INTERNA 29	
	NEUROLOGIA 24	
	OCULISTICA 22	
	ODONTOIATRA 22,5	
	ORL 9	
	ORTOPEDIA 12	
	PNEUMOLOGIA 12	
	UROLOGIA 10	
	TOTALE ORE 283,3	
	SI	
		SI
		SI
		NO
		(meno di 70 accessi giornalieri ai servizi)
Ambulatorio specialistico di:		
- Centro prelievi		
- Diagnostica per immagini		
- Ambulatorio infermieristico		
- Farmacia		



REGIONE PUGLIA

	ambulatoriali)
Assistenza consultoriale e materno infantile	
- Consultorio familiare	SI
Prevenzione con:	
- Promozione della salute e prevenzione	SI
- Centro vaccinale	SI
Dipartimento Salute Mentale	
- NPIA	SI (prestazioni riabilitative, presa in carico dei pazienti)
Riabilitazione con:	
- Centro riabilitazione ambulatoriale	SI
	SI
- Trattamenti domiciliari	
Emergenza-Urgenza	
- Postazione 118	SI
Attività amministrativa:	
- Esenzioni ticket	SI
- Rimborsi	SI
- Ausili, presidi e protesi	SI
- Scelta e revoca medico	SI
- Ufficio anagrafe assistibili	SI
- Assistenza integrativa farmaceutica	SI

ASL BA

**PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA
DI BITONTO**

DEGENZE TERRITORIALI
Ospedale di Comunità
SERVIZI
Accesso Unico alle Cure
- C.U.P.
- P.U.A.
- URP
- Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)
- Raccordo con UVM distrettuale

Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/servizi previsti da attivare
10	
SI	
SI	
	SI
	SI
SI	



REGIONE PUGLIA

<ul style="list-style-type: none"> - Presa in carico e gestione delle dimissioni protette 	SI																																																					
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale																																																						
- AFT		SI																																																				
- Continuità assistenziale	SI																																																					
- Ambulatorio delle cronicità		SI																																																				
- Cure domiciliari	SI																																																					
- Ambulatorio infermieristico		SI																																																				
- Farmacia	SI																																																					
- Day service medico	SI																																																					
- Day service chirurgico	SI																																																					
Ambulatorio specialistico di:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CARDIOLOGIA</td><td style="text-align: right;">51,5</td></tr> <tr><td>CHIRURGIA GENERALE</td><td style="text-align: right;">84</td></tr> <tr><td>CHIRURGIA PLASTICA</td><td style="text-align: right;">38</td></tr> <tr><td>FLEBOLOGIA E DIAGNOSTICA VASCOLARE</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>DERMATOLOGIA</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td>DIABETOLOGIA</td><td style="text-align: right;">32</td></tr> <tr><td>ENDOCRINOLOGIA</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>FISIOKINESITERAPIA</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>GERIATRIA</td><td style="text-align: right;">76</td></tr> <tr><td>NEUROLOGIA</td><td style="text-align: right;">56</td></tr> <tr><td>OCULISTICA</td><td style="text-align: right;">25</td></tr> <tr><td>ORL</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>ORTOPEDIA</td><td style="text-align: right;">20</td></tr> <tr><td>OSTETRICA E GINECOLOGIA</td><td style="text-align: right;">70</td></tr> <tr><td>PEDIATRIA</td><td style="text-align: right;">38</td></tr> <tr><td>RADIOLOGIA</td><td style="text-align: right;">76</td></tr> <tr><td>REUMATOLOGIA</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>UROLOGIA</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>TOTALE ORE</td><td style="text-align: right;">621,5</td></tr> </table>	CARDIOLOGIA	51,5	CHIRURGIA GENERALE	84	CHIRURGIA PLASTICA	38	FLEBOLOGIA E DIAGNOSTICA VASCOLARE	12	DERMATOLOGIA	8	DIABETOLOGIA	32	ENDOCRINOLOGIA	18	FISIOKINESITERAPIA	15	GERIATRIA	76	NEUROLOGIA	56	OCULISTICA	25	ORL	6	ORTOPEDIA	20	OSTETRICA E GINECOLOGIA	70	PEDIATRIA	38	RADIOLOGIA	76	REUMATOLOGIA	6	UROLOGIA	5	TOTALE ORE	621,5	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>DERMATOLOGIA</td><td style="text-align: right;">20</td></tr> <tr><td>ORL</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>ORTOPEDIA</td><td style="text-align: right;">24</td></tr> <tr><td>PNEUMOLOGIA</td><td style="text-align: right;">38</td></tr> <tr><td>REUMATOLOGIA</td><td style="text-align: right;">32</td></tr> <tr><td>UROLOGIA</td><td style="text-align: right;">38</td></tr> <tr><td>TOTALE ORE</td><td style="text-align: right;">164</td></tr> </table>	DERMATOLOGIA	20	ORL	12	ORTOPEDIA	24	PNEUMOLOGIA	38	REUMATOLOGIA	32	UROLOGIA	38	TOTALE ORE	164
CARDIOLOGIA	51,5																																																					
CHIRURGIA GENERALE	84																																																					
CHIRURGIA PLASTICA	38																																																					
FLEBOLOGIA E DIAGNOSTICA VASCOLARE	12																																																					
DERMATOLOGIA	8																																																					
DIABETOLOGIA	32																																																					
ENDOCRINOLOGIA	18																																																					
FISIOKINESITERAPIA	15																																																					
GERIATRIA	76																																																					
NEUROLOGIA	56																																																					
OCULISTICA	25																																																					
ORL	6																																																					
ORTOPEDIA	20																																																					
OSTETRICA E GINECOLOGIA	70																																																					
PEDIATRIA	38																																																					
RADIOLOGIA	76																																																					
REUMATOLOGIA	6																																																					
UROLOGIA	5																																																					
TOTALE ORE	621,5																																																					
DERMATOLOGIA	20																																																					
ORL	12																																																					
ORTOPEDIA	24																																																					
PNEUMOLOGIA	38																																																					
REUMATOLOGIA	32																																																					
UROLOGIA	38																																																					
TOTALE ORE	164																																																					
- Centro prelievi	SI																																																					
- Centro TAO	SI																																																					
- Diagnostica per immagini	SI																																																					
- Diagnostica per immagini con l'utilizzo di grandi macchine	SI (TAC)																																																					
- Centro dialisi	12																																																					
Emergenza-Urgenza																																																						
- Postazione medicalizzata fissa 118	SI																																																					



REGIONE PUGLIA

- Postazione 118	SI	
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile		
- Consultorio familiare	SI	
Prevenzione con:		
- Centro vaccinale		SI
Dipartimento salute mentale		
- NPIA		SI
Riabilitazione		
- Centro riabilitazione ambulatoriale		SI
		SI
- Trattamenti domiciliari		
Attività amministrativa		
- Scelta e revoca Medico	SI	
- Esenzioni ticket	SI	
- Rimborsi	SI	
- Ufficio anagrafe assistibili	SI	
- Assistenza integrativa farmaceutica	SI	
- Ausili, presidi e protesi	SI	

ASL BA

PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI RUVO DI PUGLIA

DEGENZE TERRITORIALI	Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/servizi previsti da attivare
Ospedale di comunità		10
SERVIZI		
Accesso Unico alle Cure		
- C.U.P.	SI	
- P.U.A.	SI	
- URP		SI
- Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)	SI	
- Presa in carico e gestione delle dimissioni protette	SI	
- Raccordo con UVM distrettuale	SI	
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale		
- AFT		SI
- Continuità assistenziale	SI	
- Ambulatorio delle		SI



REGIONE PUGLIA

cronicità																																														
- Ambulatorio infermieristico		SI																																												
- Cure domiciliari	SI																																													
- Farmacia	SI																																													
- Day service medico	SI																																													
Ambulatorio specialistico di:	<table border="1"> <tbody> <tr><td>CARDIOLOGIA</td><td>28</td></tr> <tr><td>DERMATOLOGIA</td><td>4</td></tr> <tr><td>DIABETOLOGIA</td><td>20</td></tr> <tr><td>ENDOCRINOLOGIA</td><td>26</td></tr> <tr><td>FISIOKINESITERAPIA</td><td>30</td></tr> <tr><td>GERIATRIA</td><td>6</td></tr> <tr><td>MEDICINA DELLO SPORT</td><td>8</td></tr> <tr><td>MEDICINA INTERNA</td><td>41</td></tr> <tr><td>NEUROLOGIA</td><td>14</td></tr> <tr><td>OCULISTICA</td><td>20,3</td></tr> <tr><td>ORL</td><td>13</td></tr> <tr><td>ORTOPEDIA</td><td>12,6</td></tr> <tr><td>RADIOLOGIA</td><td>30</td></tr> <tr><td>SCIENZE DELL'ALIMENTAZIONE/DIETOLOGIA</td><td>5</td></tr> <tr><td>UROLOGIA</td><td>3</td></tr> <tr><td>TOTALE ORE</td><td>260,9</td></tr> </tbody> </table>	CARDIOLOGIA	28	DERMATOLOGIA	4	DIABETOLOGIA	20	ENDOCRINOLOGIA	26	FISIOKINESITERAPIA	30	GERIATRIA	6	MEDICINA DELLO SPORT	8	MEDICINA INTERNA	41	NEUROLOGIA	14	OCULISTICA	20,3	ORL	13	ORTOPEDIA	12,6	RADIOLOGIA	30	SCIENZE DELL'ALIMENTAZIONE/DIETOLOGIA	5	UROLOGIA	3	TOTALE ORE	260,9	<table border="1"> <tbody> <tr><td>CARDIOLOGIA</td><td>16</td></tr> <tr><td>NEUROLOGIA</td><td>18</td></tr> <tr><td>ORTOPEDIA</td><td>20</td></tr> <tr><td>PNEUMOLOGIA</td><td>38</td></tr> <tr><td>RADIOLOGIA</td><td>8</td></tr> <tr><td>TOTALE ORE</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>	CARDIOLOGIA	16	NEUROLOGIA	18	ORTOPEDIA	20	PNEUMOLOGIA	38	RADIOLOGIA	8	TOTALE ORE	100
CARDIOLOGIA	28																																													
DERMATOLOGIA	4																																													
DIABETOLOGIA	20																																													
ENDOCRINOLOGIA	26																																													
FISIOKINESITERAPIA	30																																													
GERIATRIA	6																																													
MEDICINA DELLO SPORT	8																																													
MEDICINA INTERNA	41																																													
NEUROLOGIA	14																																													
OCULISTICA	20,3																																													
ORL	13																																													
ORTOPEDIA	12,6																																													
RADIOLOGIA	30																																													
SCIENZE DELL'ALIMENTAZIONE/DIETOLOGIA	5																																													
UROLOGIA	3																																													
TOTALE ORE	260,9																																													
CARDIOLOGIA	16																																													
NEUROLOGIA	18																																													
ORTOPEDIA	20																																													
PNEUMOLOGIA	38																																													
RADIOLOGIA	8																																													
TOTALE ORE	100																																													
- Centro prelievi	SI																																													
- Articolazione Organizzativa (punto di prelievo fisso che dipende da un Servizio trasfusionale di riferimento)	SI																																													
- Centro TAO	SI																																													
- Diagnostica per immagini	SI																																													
- Centro dialisi	12																																													
Emergenza-Urgenza																																														
- Postazione 118	SI																																													
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile																																														
- Consultorio familiare	SI																																													
Prevenzione																																														
- Centro vaccinale	SI																																													
- Medicina legale (Commissione invalidi)	SI																																													
Salute mentale																																														
- CSM		SI																																												
Dipendenze patologiche																																														



REGIONE PUGLIA

- Ser.d.	SI	
Riabilitazione		
- Centro riabilitazione ambulatoriale	SI	
- Trattamenti domiciliari	SI	
Attività amministrativa		
- Scelta e revoca Medico	SI	
- Esenzioni ticket	SI	
- Ufficio anagrafe assistibili	SI	
- Assistenza integrativa farmaceutica	SI	
- Rimborsi	SI	
- Ausili, Presidi e Protesi	SI	

ASL BA

PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI GIOIA DEL COLLE

SERVIZI
Accesso Unico alle Cure
- C.U.P.
- P.U.A.
- URP
- Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)
- Presa in carico e gestione delle dimissioni protette
- Raccordo con UVM distrettuale
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale
- Cure domiciliari
- AFT
- Continuità assistenziale
- Farmacia
- Day service medico
- Day service chirurgico
- Ambulatorio per le cronicità
 Ambulatorio specialistico di:

Servizi attivi		Servizi previsti da attivare	
	SI		
		SI	
	SI		
		SI	
ALLERGOLOGIA	10	DERMATOLOGIA	2
CARDIOLOGIA	44	OCULISTICA	18
CHIRURGIA GENERALE	16	ORTOPEDIA	20



REGIONE PUGLIA

	DERMATOLOGIA	6	OSTETRICA E GINECOLOGIA	38
	DIABETOLOGIA	24	PNEUMOLOGIA	8
	EMATOLOGIA	15	TOTALE ORE	86
	ENDOCRINOLOGIA	7		
	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	71		
	FISIOKINESITERAPIA	30		
	GASTROENTEROLOGIA	2		
	GERIATRIA	10		
	MEDICINA DELLO SPORT	5		
	MEDICINA INTERNA	6		
	NEUROLOGIA	8,5		
	OCULISTICA	23,5		
	ODONTOIATRIA	12		
	ORL	6		
	PEDIATRIA	12		
	PNEUMOLOGIA	14		
	RADIOLOGIA	58		
	REUMATOLOGIA	10		
	TERAPIA DEL DOLORE	6		
	UROLOGIA	26		
	TOTALE ORE	422		
- Centro prelievi	SI			
- Centro TAO	SI			
- Diagnostica per immagini	SI			
- Centro dialisi	12			
- Ambulatorio infermieristico			SI	
Emergenza-Urgenza				
- Postazione 118	SI			
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile				
- Consultorio familiare	SI			
Riabilitazione				
- Centro riabilitazione ambulatoriale			SI	
- Trattamenti domiciliari			SI	
Attività amministrativa				
- Scelta e revoca Medico			SI	
- Esenzioni ticket			SI	
- Rimborsi			SI	
- Ausili, Presidi e Protesi			SI	
- Ufficio anagrafe assistibili			SI	



REGIONE PUGLIA

- Assistenza integrativa Farmaceutica		SI
---------------------------------------	--	----

ASL BA

PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI NOCI

SERVIZI	Servizi attivi	Servizi previsti da attivare
Accesso Unico alle Cure		
- C.U.P.	SI	
- P.U.A.		SI
- URP		SI
- Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)		SI
- Presa in carico e gestione delle dimissioni protette		SI
- Raccordo con UVM distrettuale		SI
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale		
- Cure domiciliari	SI	
- AFT		SI
- Continuità assistenziale	SI	
- Ambulatorio per le cronicità		SI
- Day service medico		SI
- Diagnostica per immagini		SI
- Centro prelievi	SI	
- Ambulatorio infermieristico		SI
- Farmacia		NO (meno di 70 accessi giornalieri ai servizi ambulatoriali)
Ambulatorio specialistico di:		
	CARDIOLOGIA 29	CARDIOLOGIA 6
	ENDOCRINOLOGIA 4,5	CHIRURGIA VASCOLARE 6
	FISIOKINESITERAPIA 52	DERMATOLOGIA 12
	GERIATRIA 6	DIABETOLOGIA 12
	NEUROLOGIA 6	NEUROLOGIA 6
	OCULISTICA 3	OCULISTICA 12
	ORL 4	ORL 6
	ORTOPEDIA 6,5	UROLOGIA 6
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA 18	PNEUMOLOGIA 12
	UROLOGIA 18	TOTALE ORE 78
	TOTALE ORE 147	



REGIONE PUGLIA

Emergenza-Urgenza		
- Postazione 118	SI	
Prevenzione		
- Centro vaccinale	SI	
- Medicina legale e fiscale	SI	
Riabilitazione		
- Centro riabilitazione ambulatoriale	SI	
- Trattamenti domiciliari	SI	
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile		
- Consultorio familiare	SI	
Attività amministrativa		
- Scelta e revoca Medico	SI	
- Esenzioni ticket	SI	
- Rimborsi	SI	
- Ausili, Presidi e Protesi	SI	
- Assistenza integrativa Farmaceutica	SI	
- Ufficio anagrafe assistibili	SI	



REGIONE PUGLIA

ASL BA	PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI GRUMO APPULA																																									
DEGENZE TERRITORIALI	Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/ servizi previsti da attivare																																								
Hospice	8	6																																								
RSA R1		20																																								
TOTALE	8	26																																								
SERVIZI																																										
Accesso Unico alle Cure																																										
- C.U.P.	SI																																									
- URP		SI																																								
- Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)	SI																																									
- P.U.A.	SI																																									
- Presa in carico e gestione delle dimissioni protette	SI																																									
- Raccordo con UVM distrettuale	SI																																									
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale																																										
- Ambulatorio delle cronicità		SI																																								
- AFT		SI																																								
- Continuità assistenziale	SI																																									
- Cure domiciliari	SI																																									
- Farmacia	SI																																									
- Day service medico	SI																																									
- Day service chirurgico	SI																																									
Ambulatorio specialistico di:	<table border="1"> <tr><td>CARDIOLOGIA</td><td>21</td></tr> <tr><td>CHIRURGIA GENERALE</td><td>12</td></tr> <tr><td>DERMATOLOGIA</td><td>6</td></tr> <tr><td>DIABETOLOGIA</td><td>6</td></tr> <tr><td>ENDOCRINOLOGIA</td><td>10</td></tr> <tr><td>GERIATRIA</td><td>19</td></tr> <tr><td>MEDICINA INTERNA</td><td>6</td></tr> <tr><td>NEUROLOGIA</td><td>12</td></tr> <tr><td>OCULISTICA</td><td>87,5</td></tr> <tr><td>ORL</td><td>6</td></tr> <tr><td>OSTETRICA E GINECOLOGIA</td><td>45</td></tr> <tr><td>RADIOLOGIA</td><td>76</td></tr> <tr><td>UROLOGIA</td><td>4,5</td></tr> </table>	CARDIOLOGIA	21	CHIRURGIA GENERALE	12	DERMATOLOGIA	6	DIABETOLOGIA	6	ENDOCRINOLOGIA	10	GERIATRIA	19	MEDICINA INTERNA	6	NEUROLOGIA	12	OCULISTICA	87,5	ORL	6	OSTETRICA E GINECOLOGIA	45	RADIOLOGIA	76	UROLOGIA	4,5	<table border="1"> <tr><td>DERMATOLOGIA</td><td>6</td></tr> <tr><td>DIABETOLOGIA</td><td>10</td></tr> <tr><td>ENDOCRINOLOGIA</td><td>10</td></tr> <tr><td>ORL</td><td>12</td></tr> <tr><td>ORTOPEDIA</td><td>20</td></tr> <tr><td>PNEUMOLOGIA</td><td>20</td></tr> <tr><td>TOTALE ORE</td><td>78</td></tr> </table>	DERMATOLOGIA	6	DIABETOLOGIA	10	ENDOCRINOLOGIA	10	ORL	12	ORTOPEDIA	20	PNEUMOLOGIA	20	TOTALE ORE	78
CARDIOLOGIA	21																																									
CHIRURGIA GENERALE	12																																									
DERMATOLOGIA	6																																									
DIABETOLOGIA	6																																									
ENDOCRINOLOGIA	10																																									
GERIATRIA	19																																									
MEDICINA INTERNA	6																																									
NEUROLOGIA	12																																									
OCULISTICA	87,5																																									
ORL	6																																									
OSTETRICA E GINECOLOGIA	45																																									
RADIOLOGIA	76																																									
UROLOGIA	4,5																																									
DERMATOLOGIA	6																																									
DIABETOLOGIA	10																																									
ENDOCRINOLOGIA	10																																									
ORL	12																																									
ORTOPEDIA	20																																									
PNEUMOLOGIA	20																																									
TOTALE ORE	78																																									



REGIONE PUGLIA

	TOTALE ORE	311
- Centro prelievi	SI	
- Articolazione Organizzativa (punto di prelievo fisso che dipende da un Servizio trasfusionale di riferimento)	SI	
- Ambulatorio infermieristico		SI
- Diagnostica per immagini	SI	
- Centro dialisi	12	
- Farmacia	SI	
Emergenza-Urgenza		
- Postazione 118	SI	
Prevenzione		
- Centro vaccinale	SI	
- Medicina Legale (Commissione invalidi)	SI	
Riabilitazione		
- Centro riabilitazione ambulatoriale	SI	
- Trattamenti domiciliari	SI	
Attività amministrativa		
- Scelta e revoca Medico	SI	
- Esenzioni ticket	SI	
- Rimborsi	SI	
- Ausili, Presidi e Protesi	SI	
- Ufficio anagrafe assistibili	SI	
- Assistenza integrativa Farmaceutica	SI	

ASL BA

PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA
DI CONVERSANO

SERVIZI	Servizi attivi	Servizi previsti da attivare
Accesso Unico alle Cure		
- C.U.P.	SI	
- P.U.A.	SI	
- URP		SI
- Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)		SI
- Raccordo con UVM distrettuale	SI	
- Presa in carico e gestione delle dimissioni protette	SI	
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale		



REGIONE PUGLIA

- Cure domiciliari	SI	
- AFT		SI
- Continuità assistenziale	SI	
- Farmacia	SI	
- Day service medico	SI	
- Day service chirurgico	SI	
Ambulatorio specialistico di:	ALLERGOLOGIA	50
	CARDIOLOGIA	50
	CHIRURGIA VASCOLARE	30
	DERMATOLOGIA	41
	DIABETOLOGIA	38
	ENDOCRINOLOGIA	38
	FISIOKINESITERAPIA	38
	GERIATRIA	76
	MEDICINA DELLO SPORT	29
	MEDICINA INTERNA	82,5
	NEFROLOGIA	24
	NEUROLOGIA	10
	OCULISTICA	150
	ODONTOIATRA	6
	ORL	38
	ORTOPEDIA	38
	OSTETRICA E GINECOLOGIA	152
	PEDIATRIA	38
	PNEUMOLOGIA	38
	RADIOLOGIA	114
REUMATOLOGIA	38	
UROLOGIA	18	
TOTALE ORE	1136,5	
	SI	
	SI (TAC, RMN)	
	SI	
	SI	
	SI	
	12	
- Diagnostica per immagini		ALLERGOLOGIA 14
- Diagnostica per immagini con l'utilizzo di grandi macchine		DERMATOLOGIA 15
- Centro prelievi		GERIATRIA 38
- Articolazione Organizzativa (punto di prelievo fisso che dipende da un Servizio trasfusionale di riferimento)		OSTETRICA E GINECOLOGIA 12
- Centro TAO		TERAPIA DEL DOLORE 38
- Centro dialisi		TOTALE ORE 117



REGIONE PUGLIA

- Ambulatorio per le cronicità		SI
- Ambulatorio infermieristico		SI
- Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)		SI
- Centro Procreazione medicalmente assistita	SI	
Emergenza-Urgenza		
- Postazione 118	SI	
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile		
- Consultorio familiare	SI	
Prevenzione con:		
- Promozione della salute e prevenzione	SI	
Salute Mentale		
- Centro Salute Mentale	SI	
- NPIA	SI	
Riabilitazione		
- Centro riabilitazione ambulatoriale	SI	
- Trattamenti domiciliari	SI	
Attività amministrativa		
- Scelta e revoca Medico	SI	
- Esenzioni ticket	SI	
- Rimborsi	SI	
- Ufficio anagrafe assistibili	SI	
- Assistenza integrativa farmaceutica	SI	
- Ausili, Presidi e Protesi	SI	

ASL BA	PRESIDIO di POST-ACUZIE DI TERLIZZI	
SERVIZI	SERVIZI ATTIVI	SERVIZI PREVISTI DA ATTIVARE
Accesso Unico alle Cure		
- C.U.P.	SI	
- P.U.A.	SI	
- URP	SI	
- Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)	SI	
- Raccordo con UVM distrettuale	SI	
- Presa in carico e gestione delle Dimissioni Protette	SI	



REGIONE PUGLIA

Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale				
- AFT				SI
- Continuità assistenziale		SI		
- Ambulatorio delle cronicità				SI
- Ambulatorio infermieristico				SI
- Cure domiciliari		SI		
Ambulatorio specialistico di:	BRANCA	ORE	BRANCA	ORE
	CARDIOLOGIA	114	ENDOCRINOLOGIA	6
	DERMATOLOGIA	4	MEDICINA DELLO SPORT	4
	DIABETOLOGIA	38	ORL	12
	ENDOCRINOLOGIA	14	ORTOPEDIA	20
	FISIOKINESITERAPIA	18	PNEUMOLOGIA	38
	MEDICINA INTERNA	9	OCULISTICA	SI
	NEUROLOGIA	16	TOTALE ORE	80
	ODONTOIATRA	22		
	ORL	0		
	ORTOPEDIA	12,6		
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	24		
	PSICOLOGIA	12		
	UROLOGIA	2		
TOTALE ORE	285,6			
- Day service chirurgico		SI		
- Day service medico		SI		
- Day service oculistico		SI		
- Centro prelievi		SI		
- Articolazione Organizzativa (punto di prelievo fisso che dipende da un Servizio trasfusionale di riferimento)		SI		
- Diagnostica per immagini		SI		
- Diagnostica per immagini con l'utilizzo delle grandi macchine		SI (TAC)		



REGIONE PUGLIA

- Farmacia	SI	
Riabilitazione		
- Trattamenti domiciliari		SI
Emergenza-Urgenza		
- Postazione medicalizzata fissa 118		SI
- Postazione 118	SI	
Assistenza consultoriale e materno infantile		
- Consultorio familiare		SI
Attività amministrativa		
- Scelta e revoca Medico	SI	
- Ufficio anagrafe assistibili	SI	
- Esenzioni ticket	SI	
- Rimborsi		SI
- Assistenza integrativa farmaceutica		SI
- Ausili, Presidi e Protesi	SI	
SERVIZI OSPEDALIERI	POSTI LETTO/SERVIZI ATTIVI	POSTI LETTO/SERVIZI PREVISTI DA ATTIVARE
- LUNGODEGENZA		20 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)
- RECUPERO E RIABILITAZIONE		40 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)
TOTALE		60 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)
- POCT		SI

ASL BA	PRESIDIO di POST-ACUZIE DI TRIGGIANO	
DEGENZE TERRITORIALI	POSTI LETTO TERRITORIALI/SERVIZI ATTIVI	POSTI LETTO TERRITORIALI/SERVIZI PREVISTI DA ATTIVARE
- Centro Risvegli	0	45
- Hospice	0	8
- TOTALE	0	53
Accesso Unico alle Cure		
- C.U.P.	SI	
- URP	SI	
- P.U.A.		SI
- Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il		SI



REGIONE PUGLIA

cittadino)			
- Raccordo con UVM distrettuale			SI
- Presa in carico e gestione delle Dimissioni Protette			SI
Attività Med. Di base e Specialistica Ambulatoriale			
- Cure domiciliari			SI
- AFT			SI
- Continuità assistenziale			
- Farmacia		SI	
		SI	
	BRANCA	ORE	BRANCA OR E
	CHIRURGIA GENERALE	141,3	ANESTESIA E RIANIMAZIONE 36
	ENDOCRINOLOGIA	6	CHIRURGIA GENERALE 76
	CARDIOLOGIA	38	CHIRURGIA VASCOLARE 20
	OCULISTICA	120	DERMATOLOGIA 38
	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	72	DIABETOLOGIA 28
	ORTOPEDIA	50	NEUROLOGIA 38
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	38	PNEUMOLOGIA 38
	PSICOLOGIA	68	REUMATOLOGIA 12
	UROLOGIA	28	TOTALE 286
	FISIOKINESITERAPIA	38	
	GERIATRIA	22	
	NEFROLOGIA	38	
	NEUROLOGIA	38	
	TOTALE	697,3	
		SI	
			SI
		SI	
		7	
		SI	
		SI	
			SI

Ambulatorio specialistico di:

- Day service chirurgico
- Day service medico
- Day service oculistico
- Centro Dialisi
- Centro prelievi
- Articolazione Organizzativa (punto di prelievo fisso che dipende da un Servizio trasfusionale di riferimento)
- Ambulatorio per le



REGIONE PUGLIA

cronicità		
- Diagnostica per immagini	SI	
- Diagnostica per immagini con l'utilizzo delle grandi macchine	SI (TAC)	
- Ambulatorio infermieristico		SI
Assistenza consultoriale e materno-infantile		
- Consultorio Familiare	SI	
- Centro di Pianificazione Familiare	SI	
Prevenzione		
- Centro Vaccinale		SI
- Sportelli di sicurezza alimentare e sanità animale		SI
- Servizio di Medicina del Lavoro		SI
- Promozione della salute e prevenzione		SI
Dipartimento Salute Mentale		
- CSM		SI
- NPIA	SI	
Riabilitazione		
- Centro di Riabilitazione Ambulatoriale		SI
- Trattamenti domiciliari		SI
Emergenza-Urgenza		
- Postazione medicalizzata fissa 118		SI
- Postazione 118	SI	
Attività amministrativa		
- Scelta e revoca Medico		SI
- Assistenza integrativa farmaceutica	SI	
- Ufficio anagrafe assistibili		SI
- Esenzioni ticket		SI
- Rimborsi		SI
- Ausili, Presidi e Protesi		SI
SERVIZI OSPEDALIERI	POSTI LETTO/SERVIZI ATTIVI	POSTI LETTO/SERVIZI PREVISTI DA ATTIVARE
- LUNGODEGENZA	20 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)	

**REGIONE PUGLIA**

- RECUPERO E RIABILITAZIONE		40 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)
TOTALE	20 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)	40 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)
- POCT		SI



REGIONE PUGLIA

ASL BT	PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI MINERVINO MURGE																																															
DEGENZE TERRITORIALI	Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/ servizi previsti da attivare																																														
Ospedale di Comunità		20																																														
Hospice		19																																														
TOTALE		39																																														
SERVIZI																																																
Accesso Unico alle Cure																																																
C.U.P.	SI																																															
URP	SI																																															
P.U.A.	SI																																															
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)		SI																																														
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale																																																
Continuità assistenziale	SI																																															
AFT		SI																																														
Cure domiciliari	SI																																															
- Ambulatorio Infermieristico	SI																																															
Ambulatorio per le cronicità	SI																																															
Day service medico	SI																																															
Ambulatorio specialistico di:	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Cardiologia</td><td>9</td></tr> <tr><td>Oculistica</td><td>8</td></tr> <tr><td>Otorinolaringoiatria</td><td>4</td></tr> <tr><td>Dermatologia</td><td>6</td></tr> <tr><td>Endocrinologia</td><td>6</td></tr> <tr><td>Ortopedia</td><td>3</td></tr> <tr><td>Reumatologia</td><td>3</td></tr> <tr><td>Neurologia</td><td>10</td></tr> <tr><td>Odontoiatria</td><td>17</td></tr> <tr><td>Allergologia</td><td>6</td></tr> <tr><td>Chirurgia generale</td><td>27</td></tr> <tr><td>Diabetologia</td><td>6</td></tr> <tr><td>FKT</td><td>3</td></tr> <tr><td>TOTALE</td><td>108 h</td></tr> </tbody> </table>	Cardiologia	9	Oculistica	8	Otorinolaringoiatria	4	Dermatologia	6	Endocrinologia	6	Ortopedia	3	Reumatologia	3	Neurologia	10	Odontoiatria	17	Allergologia	6	Chirurgia generale	27	Diabetologia	6	FKT	3	TOTALE	108 h	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Ortopedia</td><td>7</td></tr> <tr><td>Diabetologia</td><td>9</td></tr> <tr><td>Urologia</td><td>4</td></tr> <tr><td>Radiologia</td><td>13</td></tr> <tr><td>Chirurgia Vascolare</td><td>4</td></tr> <tr><td>Ginecologia</td><td>4</td></tr> <tr><td>Reumatologia</td><td>4</td></tr> <tr><td>Pneumologia</td><td>5</td></tr> <tr><td>TOTALE</td><td>50</td></tr> </tbody> </table>	Ortopedia	7	Diabetologia	9	Urologia	4	Radiologia	13	Chirurgia Vascolare	4	Ginecologia	4	Reumatologia	4	Pneumologia	5	TOTALE	50
Cardiologia	9																																															
Oculistica	8																																															
Otorinolaringoiatria	4																																															
Dermatologia	6																																															
Endocrinologia	6																																															
Ortopedia	3																																															
Reumatologia	3																																															
Neurologia	10																																															
Odontoiatria	17																																															
Allergologia	6																																															
Chirurgia generale	27																																															
Diabetologia	6																																															
FKT	3																																															
TOTALE	108 h																																															
Ortopedia	7																																															
Diabetologia	9																																															
Urologia	4																																															
Radiologia	13																																															
Chirurgia Vascolare	4																																															
Ginecologia	4																																															
Reumatologia	4																																															
Pneumologia	5																																															
TOTALE	50																																															
Centro Prelievi	SI																																															
Diagnostica per immagini	SI																																															
Centro dialisi	12																																															



REGIONE PUGLIA

Farmacia	SI									
Emergenza-Urgenza										
Postazione 118	SI									
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile										
Consultorio familiare	SI									
Prevenzione										
Vaccinazioni	SI									
Medicina Legale e fiscale	SI									
Salute Mentale										
Centro Salute Mentale	SI									
Riabilitazione										
Centro riabilitazione ambulatoriale	SI									
Trattamenti domiciliari	SI									
Attività amministrativa										
Scelta e revoca Medico	SI									
Esenzioni ticket	SI									
Rimborsi	SI									
Ausili, Presidi e Protesi	SI									
Ufficio anagrafe assistibili		SI								
Assistenza integrativa Farmac.	SI									
ASL BT	PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI SPINAZZOLA									
SERVIZI	Servizi attivi	Servizi previsti da attivare								
Accesso Unico alle Cure										
C.U.P.	SI									
URP	SI									
P.U.A.	SI									
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)		SI								
Attività Med. Di base e Specialistica Ambulatoriale										
Continuità assistenziale	SI									
AFT		SI								
Cure domiciliari	SI									
- Ambulatorio Infermieristico	SI									
Ambulatorio specialistico di:	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Cardiologia</td> <td>15</td> <td>Urologia</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Oculistica</td> <td>6</td> <td>Radiologia</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	Cardiologia	15	Urologia	3	Oculistica	6	Radiologia	7	
Cardiologia	15	Urologia	3							
Oculistica	6	Radiologia	7							



REGIONE PUGLIA

	Otorinolaringoiatria	6	Pneumologia	SI
	Dermatologia	6	Diabetologia	SI
	Endocrinologia	6	TOTALE	11
	Ortopedia	3		
	Geriatria	6		
	Neurologia	12		
	Odontoiatria	12		
	Allergologia	3		
	Ostetricia-ginecologia	6		
	Chirurgia generale	12		
	FKT	3		
	TOTALE	96 h		
	Centro Prelievi	SI		
	Diagnostica per immagini	SI		
	Centro dialisi	8		
	Ambulatorio per le cronicità	SI		
	Day service medico		SI	
	Farmacia	SI		
	Emergenza-Urgenza			
	Postazione 118	SI		
	Prevenzione			
	Vaccinazioni	SI		
	Medicina Legale e fiscale	SI		
	Salute Mentale			
	Centro Salute Mentale	SI		
	REMS	20		
	Riabilitazione			
	Centro riabilitazione ambulatoriale	SI		
	Trattamenti domiciliari	SI		
	Attività amministrativa			
	Scelta e revoca medico	SI		
	Esenzioni ticket	SI		
	Rimborsi	SI		
	Ausili, Presidi e Protesi	SI		
	Ufficio anagrafe assistibili		SI	
	Assistenza integrativa Farmaceutica	SI		



REGIONE PUGLIA

ASL BT	PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI TRANI																																																			
DEGENZE TERRITORIALI	Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/ servizi previsti da attivare																																																		
RSA R1		20																																																		
Ospedale di comunità		10																																																		
TOTALE		30																																																		
SERVIZI																																																				
Accesso Unico alle Cure																																																				
C.U.P.	SI																																																			
URP	SI																																																			
P.U.A.	SI																																																			
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)		SI																																																		
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale																																																				
CPT	SI																																																			
Ambulatorio infermieristico del CPT	SI																																																			
Continuità assistenziale	SI																																																			
AFT		SI																																																		
Ambulatorio per le cronicità		SI																																																		
Cure domiciliari	SI																																																			
- Ambulatorio Infermieristico		SI																																																		
Ambulatorio specialistico di:																																																				
	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Cardiologia</td><td>124</td></tr> <tr><td>Cardiologia pediatrica</td><td>13</td></tr> <tr><td>Oculistica</td><td>28</td></tr> <tr><td>Otorinolaringoiatria</td><td>27</td></tr> <tr><td>Dermatologia</td><td>8</td></tr> <tr><td>Diabetologia</td><td>26</td></tr> <tr><td>Endocrinologia</td><td>30</td></tr> <tr><td>Fisiatria</td><td>22</td></tr> <tr><td>Medicina dello sport</td><td>38</td></tr> <tr><td>Neurologia</td><td>34</td></tr> <tr><td>Chirurgia generale</td><td>38</td></tr> <tr><td>Ortopedia</td><td>38</td></tr> <tr><td>TOTALE</td><td>426 h</td></tr> </tbody> </table>	Cardiologia	124	Cardiologia pediatrica	13	Oculistica	28	Otorinolaringoiatria	27	Dermatologia	8	Diabetologia	26	Endocrinologia	30	Fisiatria	22	Medicina dello sport	38	Neurologia	34	Chirurgia generale	38	Ortopedia	38	TOTALE	426 h	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Dermatologia</td><td>13</td></tr> <tr><td>Ortopedia</td><td>7</td></tr> <tr><td>Neurologia</td><td>13</td></tr> <tr><td>Odontoiatria</td><td>21</td></tr> <tr><td>Allergologia</td><td>19</td></tr> <tr><td>Diabetologia</td><td>4</td></tr> <tr><td>Geriatrics</td><td>19</td></tr> <tr><td>Nefrologia</td><td>19</td></tr> <tr><td>Urologia</td><td>14</td></tr> <tr><td>Reumatologia</td><td>19</td></tr> <tr><td>Pneumologia</td><td>19</td></tr> <tr><td>TOTALE</td><td>167</td></tr> </tbody> </table>	Dermatologia	13	Ortopedia	7	Neurologia	13	Odontoiatria	21	Allergologia	19	Diabetologia	4	Geriatrics	19	Nefrologia	19	Urologia	14	Reumatologia	19	Pneumologia	19	TOTALE	167
Cardiologia	124																																																			
Cardiologia pediatrica	13																																																			
Oculistica	28																																																			
Otorinolaringoiatria	27																																																			
Dermatologia	8																																																			
Diabetologia	26																																																			
Endocrinologia	30																																																			
Fisiatria	22																																																			
Medicina dello sport	38																																																			
Neurologia	34																																																			
Chirurgia generale	38																																																			
Ortopedia	38																																																			
TOTALE	426 h																																																			
Dermatologia	13																																																			
Ortopedia	7																																																			
Neurologia	13																																																			
Odontoiatria	21																																																			
Allergologia	19																																																			
Diabetologia	4																																																			
Geriatrics	19																																																			
Nefrologia	19																																																			
Urologia	14																																																			
Reumatologia	19																																																			
Pneumologia	19																																																			
TOTALE	167																																																			
Day service medico	SI																																																			
Day service chirurgico	SI																																																			
Day service oculistico	SI																																																			



REGIONE PUGLIA

DH oncologia-ematologia***	SI***	
Serv.Ginecol.e diagnosi prenatale	SI	
Serv. Gastroenterologia ed endoscopia digestiva	SI	
Servizio pneumotisiologia		SI
Centro prelievi	SI	
Centro dialisi	12	
Articolazione organizzativa del servizio trasfusionale	SI	
Diagnostica per immagini	SI	
Diagnostica per immagini con l'utilizzo di grandi macchine	SI	SI
Farmacia	TAC	RMN
	SI	
Emergenza-Urgenza		
Postazione medicalizzata fissa 118		SI
Postazione 118	SI	
Ambulatorio SCAP	SI	
Assistenza Consulitoriale e Materno Infantile		
Consultorio familiare	SI	
Prevenzione		
Commissione patenti speciali	SI	
Riabilitazione		
Centro riabilitazione ambulatoriale	SI	
Seminternato	11	
Trattamenti domiciliari	SI	
Attività amministrativa		
Scelta e revoca Medico	SI	
Ufficio anagrafe assistibili	SI	
Esenzioni ticket	SI	
Rimborsi	SI	
Ufficio cure all'estero	SI	
Ausili, Presidi e Protesi	SI	
Assistenza integrativa Farmaceutica	SI	

*** articolazione del P.O. di Barletta.



REGIONE PUGLIA

ASL BT	PRESIDIO di POST-ACUZIE DI CANOSA																																																																					
	Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/servizi previsti da attivare																																																																				
DEGENZE TERRITORIALI																																																																						
Centro Risvegli		45																																																																				
Accesso Unico alle Cure																																																																						
C.U.P.	SI																																																																					
P.U.A.	SI																																																																					
URP	SI																																																																					
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)		SI																																																																				
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale																																																																						
Continuità assistenziale	SI																																																																					
AFT		SI																																																																				
Cure domiciliari	SI																																																																					
- Ambulatorio cronicità	SI																																																																					
Ambulatorio infermieristico	SI																																																																					
Ambulatorio specialistico di:	<table border="1"> <tr><td>Pneumologia</td><td>24</td></tr> <tr><td>Allergologia</td><td>6</td></tr> <tr><td>Geriatria</td><td>6</td></tr> <tr><td>Cardiologia</td><td>7</td></tr> <tr><td>Oculistica</td><td>12</td></tr> <tr><td>Otorinolaringoiatria</td><td>32</td></tr> <tr><td>Dermatologia</td><td>8</td></tr> <tr><td>Diabetologia</td><td>26</td></tr> <tr><td>Endocrinologia</td><td>8</td></tr> <tr><td>Fisiatria</td><td>6</td></tr> <tr><td>Fisioterapia</td><td>38</td></tr> <tr><td>Neurologia</td><td>12</td></tr> <tr><td>Chirurgia generale</td><td>12</td></tr> <tr><td>Reumatologia</td><td>4</td></tr> <tr><td>Ortopedia</td><td>6</td></tr> <tr><td>Ortodonzia</td><td>2,30</td></tr> <tr><td>Odontoiatria</td><td>24</td></tr> <tr><td>Ginecologia</td><td>16</td></tr> <tr><td>TOTALE</td><td>249,3 h</td></tr> </table>	Pneumologia	24	Allergologia	6	Geriatria	6	Cardiologia	7	Oculistica	12	Otorinolaringoiatria	32	Dermatologia	8	Diabetologia	26	Endocrinologia	8	Fisiatria	6	Fisioterapia	38	Neurologia	12	Chirurgia generale	12	Reumatologia	4	Ortopedia	6	Ortodonzia	2,30	Odontoiatria	24	Ginecologia	16	TOTALE	249,3 h	<table border="1"> <tr><td>Cardiologia</td><td>19</td></tr> <tr><td>Dermatologia</td><td>13</td></tr> <tr><td>Endocrinologia</td><td>13</td></tr> <tr><td>Ortopedia</td><td>13</td></tr> <tr><td>Reumatologia</td><td>7</td></tr> <tr><td>Neurologia</td><td>14</td></tr> <tr><td>Odontoiatria</td><td>21</td></tr> <tr><td>Allergologia</td><td>13</td></tr> <tr><td>Chirurgia generale</td><td>19</td></tr> <tr><td>Diabetologia</td><td>4</td></tr> <tr><td>Fisiatria</td><td>13</td></tr> <tr><td>Medicina dello sport</td><td>13</td></tr> <tr><td>Urologia</td><td>19</td></tr> <tr><td>Pneumologia</td><td>4</td></tr> <tr><td>TOTALE</td><td>185</td></tr> </table>	Cardiologia	19	Dermatologia	13	Endocrinologia	13	Ortopedia	13	Reumatologia	7	Neurologia	14	Odontoiatria	21	Allergologia	13	Chirurgia generale	19	Diabetologia	4	Fisiatria	13	Medicina dello sport	13	Urologia	19	Pneumologia	4	TOTALE	185
Pneumologia	24																																																																					
Allergologia	6																																																																					
Geriatria	6																																																																					
Cardiologia	7																																																																					
Oculistica	12																																																																					
Otorinolaringoiatria	32																																																																					
Dermatologia	8																																																																					
Diabetologia	26																																																																					
Endocrinologia	8																																																																					
Fisiatria	6																																																																					
Fisioterapia	38																																																																					
Neurologia	12																																																																					
Chirurgia generale	12																																																																					
Reumatologia	4																																																																					
Ortopedia	6																																																																					
Ortodonzia	2,30																																																																					
Odontoiatria	24																																																																					
Ginecologia	16																																																																					
TOTALE	249,3 h																																																																					
Cardiologia	19																																																																					
Dermatologia	13																																																																					
Endocrinologia	13																																																																					
Ortopedia	13																																																																					
Reumatologia	7																																																																					
Neurologia	14																																																																					
Odontoiatria	21																																																																					
Allergologia	13																																																																					
Chirurgia generale	19																																																																					
Diabetologia	4																																																																					
Fisiatria	13																																																																					
Medicina dello sport	13																																																																					
Urologia	19																																																																					
Pneumologia	4																																																																					
TOTALE	185																																																																					
Day service medico	SI																																																																					
Day service chirurgico		SI																																																																				
Centro prelievi	SI																																																																					
Articolazione organizzativa del	SI																																																																					



REGIONE PUGLIA

servizio trasfusionale		
Diagnostica per immagini	SI	
Diagnostica per immagini con l'utilizzo di grandi macchine	SI	
Farmacia	TAC	
	SI	
Emergenza-urgenza		
Postazione medicalizzata fissa 118		SI
Postazione 118	SI	
Ambulatorio SCAP***	Sj***	
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile		
Consultorio familiare	SI	
Prevenzione		
SISP		SI
Riabilitazione		
Centro riabilitazione ambulatoriale	SI	
Trattamenti domiciliari	SI	
Attività amministrativa		
Scelta e revoca Medico	SI	
Esenzioni ticket	SI	
Rimborsi	SI	
Ufficio anagrafe assistibili	SI	
Assistenza integrativa farmaceutica	SI	
Ausili, Presidi e Protesi	SI	
SERVIZI OSPEDALIERI	POSTI LETTO/SERVIZI ATTIVI	POSTI LETTO/SERVIZI PREVISTI DA ATTIVARE
LUNGODEGENZA		20 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)
RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA		20 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)
RIABILITAZIONE POST ACUZIE		20 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)
TOTALE		60 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)
POCT		SI

*** servizio attivo, la cui conferma sarà oggetto di successiva valutazione



REGIONE PUGLIA

ASL TA	PRESIDIO di POST-ACUZIE DI GROTTAGLIE																																																									
	Posti letto territoriali/Servizi attivi	Posti letto territoriali/Servizi previsti da attivare																																																								
Ospedale di Comunità		12																																																								
SERVIZI																																																										
Accesso Unico alle Cure																																																										
C.U.P.	SI																																																									
P.U.A.	SI																																																									
URP (sportelli per il cittadino/protesica)	SI																																																									
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)																																																										
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale																																																										
Cure domiciliari	SI																																																									
Day service medico	SI																																																									
Day service chirurgico	SI																																																									
C.P.T.	SI																																																									
Continuità assistenziale	SI																																																									
AFT	SI																																																									
Centro prelievi	SI																																																									
- Centro dialisi	6																																																									
Diagnostica per immagini	SI																																																									
Diagnostica per immagini con l'utilizzo di grandi macchine	TAC																																																									
Ambulatorio specialistico di:	<table border="1"> <tr><td>Cardiologia</td><td>12,3</td></tr> <tr><td>Oculistica</td><td>38</td></tr> <tr><td>Endocrinologia/ Diabetologia</td><td>10</td></tr> <tr><td>Pneumologia</td><td>6</td></tr> <tr><td>Ortopedia</td><td>63</td></tr> <tr><td>Medicina interna</td><td>2</td></tr> <tr><td>Geriatría (CDCD)</td><td>6</td></tr> <tr><td>Gastroenterologia EGDS</td><td>18</td></tr> <tr><td>Reumatologia</td><td>5</td></tr> <tr><td>Ambulatorio TAO</td><td>6</td></tr> <tr><td>Ostetricia e ginecologia</td><td>76</td></tr> <tr><td>Psicologia CIM</td><td>12</td></tr> <tr><td>Radiologia</td><td>50</td></tr> <tr><td>Odontoiatria</td><td>29</td></tr> <tr><td>Fisiatria-</td><td>16</td></tr> </table>	Cardiologia	12,3	Oculistica	38	Endocrinologia/ Diabetologia	10	Pneumologia	6	Ortopedia	63	Medicina interna	2	Geriatría (CDCD)	6	Gastroenterologia EGDS	18	Reumatologia	5	Ambulatorio TAO	6	Ostetricia e ginecologia	76	Psicologia CIM	12	Radiologia	50	Odontoiatria	29	Fisiatria-	16	<table border="1"> <tr><td>Cardiologia</td><td>26</td></tr> <tr><td>Endocrinologia/ Diabetologia</td><td>28</td></tr> <tr><td>Pneumologia</td><td>22</td></tr> <tr><td>Medicina interna</td><td>10</td></tr> <tr><td>Geriatría (CDCD)</td><td>24</td></tr> <tr><td>Gastroenterologia EGDS</td><td>6</td></tr> <tr><td>Reumatologia</td><td>10</td></tr> <tr><td>Psicologia</td><td>12 ambulatorio sindrome metabolica</td></tr> <tr><td>Odontoiatria</td><td>9</td></tr> <tr><td>Senologia</td><td>12</td></tr> <tr><td>Chirurgia generale</td><td>20</td></tr> <tr><td>Neurologia</td><td>SI</td></tr> <tr><td>TOTALE</td><td>179</td></tr> </table>	Cardiologia	26	Endocrinologia/ Diabetologia	28	Pneumologia	22	Medicina interna	10	Geriatría (CDCD)	24	Gastroenterologia EGDS	6	Reumatologia	10	Psicologia	12 ambulatorio sindrome metabolica	Odontoiatria	9	Senologia	12	Chirurgia generale	20	Neurologia	SI	TOTALE	179
Cardiologia	12,3																																																									
Oculistica	38																																																									
Endocrinologia/ Diabetologia	10																																																									
Pneumologia	6																																																									
Ortopedia	63																																																									
Medicina interna	2																																																									
Geriatría (CDCD)	6																																																									
Gastroenterologia EGDS	18																																																									
Reumatologia	5																																																									
Ambulatorio TAO	6																																																									
Ostetricia e ginecologia	76																																																									
Psicologia CIM	12																																																									
Radiologia	50																																																									
Odontoiatria	29																																																									
Fisiatria-	16																																																									
Cardiologia	26																																																									
Endocrinologia/ Diabetologia	28																																																									
Pneumologia	22																																																									
Medicina interna	10																																																									
Geriatría (CDCD)	24																																																									
Gastroenterologia EGDS	6																																																									
Reumatologia	10																																																									
Psicologia	12 ambulatorio sindrome metabolica																																																									
Odontoiatria	9																																																									
Senologia	12																																																									
Chirurgia generale	20																																																									
Neurologia	SI																																																									
TOTALE	179																																																									



REGIONE PUGLIA

	riabilitazione	
	Chirurgia plastica	12
	Senologia	12
	Chirurgia generale	18
	TOTALE	391,3
Ambulatorio per le cronicità	SI	
CDCD	SI	
Ambulatorio sindrome metabolica		SI
Ambulatorio infermieristico	SI	
Punto prelievo	SI	
Farmacia	SI	
Riabilitazione		
Centro riabilitazione ambulatoriale		SI
Emergenza-urgenza		
Postazione medicalizzata fissa 118	SI	
Postazione 118	SI	
Attività amministrativa		
Ufficio anagrafe assistibili	SI	
Sportello protesica	SI	
Assistenza integrativa farmaceutica	SI	
SERVIZI OSPEDALIERI	POSTI LETTO/SERVIZI ATTIVI	POSTI LETTO/SERVIZI PREVISTI DA ATTIVARE
LUNGODEGENZA	32 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)	
RIABILITAZIONE cod.56		20 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)
RIABILITAZIONE PNEUMOLOGICA		10 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)
RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA		10 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)
TOTALE	32 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)	40 (R.R. 7/2017 e ss.mm.ii.)
POCT		SI



REGIONE PUGLIA

ASL BRINDISI	PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI SAN PIETRO VERNOTICO	
DEGENZE TERRITORIALI	Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/ servizi previsti da attivare
Ospedale di comunità		16
RSA R1		20
RSA estensiva Anziani		20
RSA estensiva Alzheimer		20
RSA di mantenimento Anziani e Alzheimer		20
TOTALE		96
SERVIZI		
Accesso Unico alle Cure		
C.U.P.	SI	
P.U.A.		SI
URP		SI
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)		SI
Attività Med. Di base e Specialistica Ambulatoriale		
Continuità assistenziale	SI	
AFT		SI
Cure domiciliari	SI	
Ambulatorio infermieristico		SI
Ambulatorio per le cronicità		SI
Ambulatorio di:		
	Odontoiatria	30
	Oculistica	38
	Ostetricia-ginecologia	21
	Otorinolaringoiatria	6
	Urologia	4
	Endocrinologia	38
	Neurologia	7
	Fisiatria	36
	Medicina dello sport	36
	Allergologia	18
	Dermatologia	5
	Pneumologia	0
	Diabetologia	0
	Ortopedia	38
	Cardiologia	38
	Geriatrics	38
	Radiologia	38
	Oculistica	12
	Otorinolaringoiatria	6
	Urologia	6
	Endocrinologia	6
	Fisiatria	6
	Pneumologia	12
	Diabetologia	12
	Cardiologia	24
	Geriatrics	6
	Radiologia	12
	Gastroenterologia	6
	Chirurgia vascolare	12
	TOTALE	120



REGIONE PUGLIA

C.U.P.		Si		
P.U.A.		Si		
URP			Si	
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)			Si	
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale				
Continuità assistenziale		Si		
AFT			Si	
Cure domiciliari		Si		
Day service medico		Si		
Day service chirurgico		Si		
Ambulatorio per le cronicità			Si	
Ambulatorio Specialistico di:				
	Geriatria	20	Geriatria	6
	Pneumologia	8	Pneumologia	12
	Cardiologia	20	Cardiologia	18
	Radiologia	29	Radiologia	6
	Odontoiatria	19	Oculistica	18
	Oculistica	42	Urologia	6
	Ortopedia	38	Fisiatria	12
	Otorinolaringoiatria	18	Medicina dello sport	4
	Urologia	4	Diabetologia	12
	Neurologia	5	Endocrinologia	10
	Fisiatria	18	Chirurgia vascolare	16
	Medicina dello sport	2	Reumatologia	10
	Dermatologia	4	Gastroenterologia	6
	Diabetologia	12	TOTALE	136
	Endocrinologia	10		
	Chirurgia vascolare	16		
	Reumatologia	10		
	Gastroenterologia	0		
	TOTALE	275		
Diagnostica per immagini		Si		
Diagnostica per immagini con l'utilizzo di grandi macchine		TAC		
Ambulatorio infermieristico			Si	
Farmacia		Si		
Centro prelievo		Si		
Emergenza-Urgenza				
Postazione medicalizzata fissa 118		Si		
Postazione 118		Si		
Assistenza Consultoriale e Materno				



REGIONE PUGLIA

Infantile		
Consultorio familiare	SI	
Prevenzione		
Vaccinazioni	SI	
Medicina Legale e fiscale	SI	
Salute Mentale		
Centro Salute Mentale	SI	
Riabilitazione		
Centro riabilitazione ambulatoriale	SI	
Trattamenti domiciliari	SI	
Attività amministrativa		
Scelta e revoca Medico	SI	
Esenzioni ticket	SI	
Rimborsi	SI	
Ausili, Presidi e Protesi	SI	
Ufficio anagrafe assistibili		SI
Assistenza integrativa Farmaceutica	SI	

ASL BR
DEGENZE TERRITORIALI
Ospedale di comunità
SERVIZI
Accesso Unico alle Cure
C.U.P.
P.U.A.
URP
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale
Continuità assistenziale
AFT
Cure domiciliari
Ambulatorio Infermieristico
Ambulatorio per le cronicità
Ambulatorio specialistico di:

PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI CISTERNINO			
Posti letto territoriali/servizi attivi		Posti letto territoriali/servizi previsti da attivare	
	12		4
	SI		
	SI		
			SI
			SI
	SI		
			SI
			SI
Cardiologia	12	Cardiologia	12
Otorinolaringoiatria	9	Endocrinologia	12
Dermatologia	5	Diabetologia	6
Endocrinologia	3	Oculistica	12
Ortopedia	13	Neurologia	6



REGIONE PUGLIA

	Medicina interna	2	Urologia	6
	Diabetologia	5	Pneumologia	12
	Fisiatria	10	TOTALE	66
	Gastroenterologia	5		
	Oculistica	6		
	Neurologia	9		
	Urologia	5		
	Pneumologia	0		
	TOTALE	84		
Diagnostica per immagini	Sì			
Centro prelievo	Sì			
Farmacia			Sì	
Emergenza-Urgenza				
Postazione 118	Sì			
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile				
Consultorio familiare	Sì			
Prevenzione				
Vaccinazioni	Sì			
Medicina Legale e fiscale	Sì			
Salute Mentale				
Centro Salute Mentale	Sì			
Riabilitazione				
Trattamenti domiciliari	Sì			
Attività amministrativa				
Scelta e revoca Medico	Sì			
Esenzioni ticket	Sì			
Rimborsi	Sì			
Ausili, Presidi e Protesi	Sì			
Ufficio anagrafe assistibili			Sì	
Assistenza integrativa Farmaceutica	Sì			

ASL BR
DEGENZE TERRITORIALI
Ospedale di comunità
SERVIZI
Accesso Unico alle Cure
C.U.P.

PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI FASANO	
Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/servizi previsti da attivare
10	10
Sì	



REGIONE PUGLIA

P.U.A.		Si	
URP			Si
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)			Si
Attività Med. Di base e Specialistica Ambulatoriale			
Continuità assistenziale		Si	
AFT			Si
Cure domiciliari		Si	
Day service medico		Si	
Day service chirurgico		Si	
Day service oncologico		Si	
Ambulatorio infermieristico			Si
Ambulatorio per le cronicità			Si
A.F.T.			Si
	Cardiologia	148	
	Oculistica	88	
	Otorinolaringoiatria	30	
	Dermatologia	11	
	Endocrinologia	21	
	Ortopedia	15	
	Medicina interna	54	
	Diabetologia	15	Oculistica
	Fisiatria	18	Endocrinologia
	Gastroenterologia	5	Gastroenterologia
	Medicina dello sport	8	Urologia
	Odontoiatria	9	Pneumologia
	Reumatologia	6	Geriatria
	Neurologia	21	Anestesia
	Psicologia	5	Chirurgia vascolare
	Urologia	5	TOTALE
	Chirurgia generale	38	110
	Pneumologia	0	
	Geriatria	0	
	Anestesia	38	
	Chirurgia vascolare	0	
	Radiologia	73	
	TOTALE	608	
		Si	
		TAC	
		Si	
		9	
Ambulatorio specialistico di:			
Diagnostica per immagini			
Diagnostica per immagini con l'utilizzo di grandi macchine			
Centro prelievo			
Centro dialisi			



REGIONE PUGLIA

Farmacia	Si	
Emergenza-Urgenza		
Postazione medicalizzata fissa 118	Si	
Postazione 118	Si	
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile		
Consultorio familiare	Si	
Prevenzione		
Vaccinazioni	Si	
Medicina Legale e fiscale	Si	
Salute Mentale		
Centro Salute Mentale	Si	
Riabilitazione		
Centro riabilitazione ambulatoriale	Si	
Trattamenti domiciliari	Si	
Attività amministrativa		
Scelta e revoca Medico	Si	
Esenzioni ticket	Si	
Rimborsi	Si	
Ausili, Presidi e Protesi	Si	
Ufficio anagrafe assistibili		Si
Assistenza integrativa Farmaceutica	Si	

ASL BR
DEGENZE TERRITORIALI
Ospedale di comunità
HOSPICE
TOTALE
SERVIZI
Accesso Unico alle Cure
C.U.P.
URP
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)
P.U.A.
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale
Continuità assistenziale
AFT

PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI MESAGNE	
Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/servizi previsti da attivare
12	
	12
12	12
Si	
	Si
	Si
Si	
Si	
	Si



REGIONE PUGLIA

Cure domiciliari	Sì			
Day service medico	Sì			
Day service chirurgico	Sì			
Ambulatorio Infermieristico			Sì	
Ambulatorio per le cronicità			Sì	
Farmacia	Sì			
Ambulatorio specialistico di:	Cardiologia	101	Cardiologia	8
	Radiologia	58	Oculistica	18
	Odontoiatria	38	Otorinolaringoiatria	12
	Oculistica	153	Ostetricia-ginecologia	12
	Ortopedia	12	Urologia	12
	Otorinolaringoiatria	16	Endocrinologia	20
	Ostetricia-ginecologia	5	Medicina dello sport	6
	Urologia	19	Chirurgia vascolare	12
	Endocrinologia	18	Gastroenterologia	6
	Neurologia	62	Geriatria	12
	Fisiatria	76	Pneumologia	12
	Medicina dello sport	10	Diabetologia	18
	Dermatologia	10	Biologia-scienza dell'alimentazione	20
	Anestesia	38	TOTALE	168
	Chirurgia vascolare	12		
	Nefrologia	24		
	Gastroenterologia	38		
	Geriatria	0		
	Pneumologia	0		
	Diabetologia	38		
	Biologia-scienze alim	0		
TOTALE	728			
Diagnostica per immagini	RMN			
Diagnostica per immagini con l'utilizzo di grandi macchine	TAC			
Centro prelievo	Sì			
Emergenza-Urgenza				
Postazione medicalizzata fissa 118	Sì			
Postazione 118	Sì			
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile				
Consultorio familiare	Sì			
Prevenzione				
Vaccinazioni	Sì			
Salute Mentale				
Centro Salute Mentale			Sì	



REGIONE PUGLIA

Riabilitazione		
Centro riabilitazione ambulatoriale	Sì	
Trattamenti domiciliari	Sì	
Attività amministrativa		
Scelta e revoca Medico	Sì	
Esenzioni ticket	Sì	
Rimborsi	Sì	
Ausili, Presidi e Protesi	Sì	
Ufficio anagrafe assistibili		Sì
Assistenza integrativa Farmaceutica	Sì	



REGIONE PUGLIA

ASL FG	PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI TORREMAGGIORE																																															
DEGENZE TERRITORIALI	Posti letto territoriali/servizi attivi		Posti letto territoriali/ servizi previsti da attivare																																													
Ospedale di Comunità	12																																															
RSA R1			20																																													
Hospice	8																																															
TOTALE	20		20																																													
SERVIZI																																																
Accesso Unico alle Cure																																																
C.U.P.	SI																																															
URP			SI																																													
PUA			SI																																													
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)			SI																																													
Attività Med. Di base e Specialistica Ambulatoriale																																																
Continuità assistenziale	SI																																															
AFT			SI																																													
Cure domiciliari	SI																																															
- Ambulatorio Infermieristico			SI																																													
Ambulatorio per le cronicità			SI																																													
Ambulatorio Specialistico di:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>BRANCA</th> <th>MONTE ORE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>• CARDIOLOGIA</td><td>5</td></tr> <tr><td>• GERIATRIA</td><td>6</td></tr> <tr><td>• NEUROLOGIA</td><td>4</td></tr> <tr><td>• OCULISTICA</td><td>4</td></tr> <tr><td>• ORTOPIEDIA</td><td>5</td></tr> <tr><td>• OSTETRICIA E GINECOLOGIA</td><td>3</td></tr> <tr><td>• OTORINOLARINGOIATRIA</td><td>5</td></tr> <tr><td>• DERMATOLOGIA</td><td>18</td></tr> <tr><td>• ENDOCRINOLOGIA</td><td>6</td></tr> <tr><td>• PNEUMOLOGIA</td><td>47</td></tr> <tr><td>• PEDIATRIA</td><td>3</td></tr> <tr><td>• EMATOLOGIA</td><td>28</td></tr> <tr><td>TOTALE</td><td>134</td></tr> </tbody> </table>	BRANCA	MONTE ORE	• CARDIOLOGIA	5	• GERIATRIA	6	• NEUROLOGIA	4	• OCULISTICA	4	• ORTOPIEDIA	5	• OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3	• OTORINOLARINGOIATRIA	5	• DERMATOLOGIA	18	• ENDOCRINOLOGIA	6	• PNEUMOLOGIA	47	• PEDIATRIA	3	• EMATOLOGIA	28	TOTALE	134	<table border="1"> <thead> <tr> <th>BRANCA</th> <th>MONTE ORE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>DIABETOLOGIA</td><td>15</td></tr> <tr><td>CARDIOLOGIA</td><td>5</td></tr> <tr><td>FISIATRIA</td><td>12</td></tr> <tr><td>GERIATRIA</td><td>10</td></tr> <tr><td>NEUROLOGIA</td><td>30</td></tr> <tr><td>OCULISTICA</td><td>20</td></tr> <tr><td>ORTOPEDIA</td><td>5</td></tr> <tr><td>TOTALE</td><td>97</td></tr> </tbody> </table>	BRANCA	MONTE ORE	DIABETOLOGIA	15	CARDIOLOGIA	5	FISIATRIA	12	GERIATRIA	10	NEUROLOGIA	30	OCULISTICA	20	ORTOPEDIA	5	TOTALE	97
BRANCA	MONTE ORE																																															
• CARDIOLOGIA	5																																															
• GERIATRIA	6																																															
• NEUROLOGIA	4																																															
• OCULISTICA	4																																															
• ORTOPIEDIA	5																																															
• OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3																																															
• OTORINOLARINGOIATRIA	5																																															
• DERMATOLOGIA	18																																															
• ENDOCRINOLOGIA	6																																															
• PNEUMOLOGIA	47																																															
• PEDIATRIA	3																																															
• EMATOLOGIA	28																																															
TOTALE	134																																															
BRANCA	MONTE ORE																																															
DIABETOLOGIA	15																																															
CARDIOLOGIA	5																																															
FISIATRIA	12																																															
GERIATRIA	10																																															
NEUROLOGIA	30																																															
OCULISTICA	20																																															
ORTOPEDIA	5																																															
TOTALE	97																																															
Diagnostica per immagini	SI																																															
Centro prelievo	SI																																															
Farmacia	SI																																															
Emergenza-Urgenza																																																
Postazione medicalizzata fissa 118	SI																																															



REGIONE PUGLIA

Postazione 118	SI	
Prevenzione		
Vaccinazioni	SI	
Medicina Legale e fiscale	SI	
Dipendenze Patologiche		
SERT	SI	
Attività amministrativa		
Scelta e revoca Medico	SI	
Esenzioni ticket	SI	
Rimborsi	SI	
Ausili, Presidi e Protesi	SI	
Ufficio anagrafe assistibili		SI
Assistenza integrativa Farmaceutica	SI	
ASL FG	PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI SAN MARCO IN LAMIS-SANNICANDRO GARGANICO	
DEGENZE TERRITORIALI	Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/ servizi previsti da attivare
Ospedale di Comunità	20 (SANNICANDRO GAR.)	12 (SAN MARCO IN LAMIS)
RSA ANZIANI	40 (SANNICANDRO GAR.)	
RSA NUCLEO ALZHEIMER	12 (SAN MARCO IN LAMIS)	20 (SAN MARCO IN LAMIS)
Hospice		8 (SAN MARCO IN LAMIS)
TOTALE	72	40
SERVIZI		
Accesso Unico alle Cure		
C.U.P.	SAN MARCO IN LAMIS	
URP		SI
P.U.A.	SANNICANDRO GARGANICO	
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)		SI
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale		
Continuità assistenziale	SAN MARCO IN LAMIS	
AFT		SI
Cure domiciliari	SAN MARCO IN LAMIS	
Day service medico	SAN MARCO IN LAMIS	
Day service chirurgico	SAN MARCO IN LAMIS	
- C.P.T. (MMG)		SI SAN MARCO IN LAMIS
- Ambulatorio Infermieristico	SAN MARCO IN LAMIS	
Ambulatorio per le cronicità	SAN MARCO IN LAMIS	
Ambulatorio Specialistico di:		



REGIONE PUGLIA

	BRANCA	MONTE ORE	BRANCA	MONTE ORE
	• ALLERGOLOGIA	5	CARDIOLOGIA	10
	• ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE	10	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	5
	• CARDIOLOGIA	14	ENDOCRINOLOGIA	2
	• DERMATOLOGIA	13	FISIATRIA	20
	• EMATOLOGIA	6	ONCOLOGIA	20
	• ENDOCRINOLOGIA	6	NEUROLOGIA	25
	• MEDICINA INTERNA	10	OCULISTICA	5
	• NEUROLOGIA	2	UROLOGIA	3
	• OCULISTICA	10	REUMATOLOGIA	5
	• ORTOPIEDIA	13	RADIOLOGIA RMN	10
	• OTORINOLARINGOIATRIA	16	TOTALE	105
	• UROLOGIA	8		
	• CHIRURGIA GENERALE	18		
	• DIABETOLOGIA	30		
	• GERIATRIA	6		
	• GINECOLOGIA	4		
	• PNEUMOLOGIA	60		
	• DIABETOLOGIA	47		
	• FISIOKINESITERAPIA	4		
	• NEFROLOGIA	38		
	• NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	4		
	• PSICHIATRIA	2		
	TOTALE	326		
	Sì			
Diagnostica per immagini	SANNICANDRO GAR. SAN MARCO IN LAMIS			
Centro prelievo	Sì			
Farmacia	SAN MARCO IN LAMIS			
Emergenza-Urgenza				
Postazione 118	SAN MARCO IN LAMIS			
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile				
Consultorio familiare	SAN MARCO IN LAMIS			
Salute Mentale				
Centro Salute Mentale	SANNICANDRO GAR,			
Dipendenze Patologiche				
SERT	SANNICANDRO GAR,			
Prevenzione				
Vaccinazioni	SANNICANDRO GAR,			
Medicina Legale e fiscale	SANNICANDRO GAR,			
Attività amministrativa				
Scelta e revoca Medico	SANNICANDRO GAR			
Esenzioni ticket	SAN MARCO IN LAMIS			



REGIONE PUGLIA

Rimborsi	SANNICANDRO GAR.	
Ausili, Presidi e Protesi	SAN MARCO IN LAMIS	
Ufficio anagrafe assistibili		SI
Assistenza integrativa Farmac	SAN MARCO IN LAMIS	

ASL FG	PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI MONTE SANT'ANGELO	
DEGENZE TERRITORIALI	Posti letto territoriali/ servizi attivi	Posti letto territoriali/ servizi previsti da attivare
Ospedale di Comunità		12
RSA ANZIANI	40	
RSA R1		20
Hospice	8	
TOTALE	48	32
SERVIZI		
Accesso Unico alle Cure		
C.U.P.	SI	
URP		SI
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)		SI
P.U.A.	SI	
Attività Med. Di base e Specialistica Ambulatoriale		
Continuità assistenziale	SI	
AFT		SI
Cure domiciliari	SI	
- Ambulatorio Infermieristico		SI
Ambulatorio per le cronicità		SI

Ambulatorio di:	BRANCA	MONTE ORE	BRANCA	MONTE ORE
	• CARDIOLOGIA	35	NEUROLOGIA	20
	• DERMATOLOGIA	4	DIABETOLOGIA	12
	• ENDOCRINOLOGIA	15	GERIATRIA	20
	• FISIOKINESITERAPIA	10	OCULISTICA	5
	• OCULISTICA	14	UROLOGIA	10
	• ORTOPEDIA	9,5	REUMATOLOGIA	5
	• OTORINOLARINGOIATRIA	6	FISIATRIA	5
	• RADIOLOGIA	38	TOTALE	77
	• NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	4,5		
	• OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3		



REGIONE PUGLIA

	<table border="1"> <tr> <td>• PNEUMOLOGIA</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>• ONCOLOGIA</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>TOTALE</td> <td>183</td> </tr> </table>	• PNEUMOLOGIA	16	• ONCOLOGIA	28	TOTALE	183	
• PNEUMOLOGIA	16							
• ONCOLOGIA	28							
TOTALE	183							
Diagnostica per immagini	SI							
Centro prelievo	SI							
Farmacia		SI						
Emergenza-Urgenza								
Postazione 118	SI							
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile								
Consultorio familiare	SI							
Riabilitazione								
Centro riabilitazione ambulatoriale	SI							
Attività amministrativa								
Scelta e revoca Medico	SI							
Esenzioni ticket	SI							
Rimborsi	SI							
Ausili, Presidi e Protesi	SI							
Ufficio anagrafe assistibili		SI						
Assistenza integrativa Farmaceutica	SI							

ASL FG
DEGENZE TERRITORIALI
Ospedale di Comunità
RSA R1
TOTALE
SERVIZI
Accesso Unico alle Cure

PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI VICO DEL GARGANO-VIESTE	
Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/ servizi previsti da attivare.
12 (VICO DEL GARGANO) 10 (VIESTE)	
22	20 (VIESTE)
	20



REGIONE PUGLIA

C.U.P.	VICO DEL GARGANO VIESTE																																																												
P.U.A.	VICO DEL GARGANO																																																												
URP		SI																																																											
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)		SI																																																											
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale																																																													
Continuità assistenziale	VICO DEL GARGANO VIESTE																																																												
AFT		SI																																																											
Cure domiciliari	VICO DEL GARGANO VIESTE																																																												
Ambulatorio Specialistico di:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>BRANCA</th> <th>MONTE ORE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• CARDIOLOGIA</td> <td>11,5</td> </tr> <tr> <td>• CHIRURGIA</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>• DERMATOLOGIA</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>• FISIOKINESITERAPIA</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>• MEDICINA INTERNA</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>• OCULISTICA</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>• OTORINOLARINGOIATRIA</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>• UROLOGIA</td> <td>4,5</td> </tr> <tr> <td>• PNEUMOLOGIA</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>• ANESTESIOLOGIA</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>• DIABETOLOGIA</td> <td>12+12</td> </tr> <tr> <td>• ODONTOIATRIA</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>• ORTOPIEDIA</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>• PEDIATRIA</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>• RADIOLOGIA</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>TOTALE</td> <td>199</td> </tr> </tbody> </table>		BRANCA	MONTE ORE	• CARDIOLOGIA	11,5	• CHIRURGIA	18	• DERMATOLOGIA	6	• FISIOKINESITERAPIA	10	• MEDICINA INTERNA	2	• OCULISTICA	11	• OTORINOLARINGOIATRIA	15	• UROLOGIA	4,5	• PNEUMOLOGIA	4	• ANESTESIOLOGIA	12	• DIABETOLOGIA	12+12	• ODONTOIATRIA	10	• ORTOPIEDIA	15	• PEDIATRIA	6	• RADIOLOGIA	50	TOTALE	199	<table border="1"> <thead> <tr> <th>BRANCA</th> <th>MONTE ORE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENDOCRINOLOGIA</td> <td>3 Vico 4 Vieste</td> </tr> <tr> <td>NEUROLOGIA</td> <td>20 Vieste 3 Vico</td> </tr> <tr> <td>CARDIOLOGIA</td> <td>5 Vico 5 Vieste</td> </tr> <tr> <td>DIABETOLOGIA</td> <td>5 Vico 5 Vieste</td> </tr> <tr> <td>GERIATRIA</td> <td>5 Vico 4 Vieste</td> </tr> <tr> <td>OCULISTICA</td> <td>5 Vico 5 Vieste</td> </tr> <tr> <td>PENUMOLOGIA</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>MEDICINA INTERNA</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ANESTESIA E RIANIMAZIONE</td> <td>10 Vieste</td> </tr> <tr> <td>RADIOLOGIA</td> <td>10 Vico 10 Vieste</td> </tr> <tr> <td>TOTALE</td> <td>112</td> </tr> </tbody> </table>	BRANCA	MONTE ORE	ENDOCRINOLOGIA	3 Vico 4 Vieste	NEUROLOGIA	20 Vieste 3 Vico	CARDIOLOGIA	5 Vico 5 Vieste	DIABETOLOGIA	5 Vico 5 Vieste	GERIATRIA	5 Vico 4 Vieste	OCULISTICA	5 Vico 5 Vieste	PENUMOLOGIA	8	MEDICINA INTERNA	5	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	10 Vieste	RADIOLOGIA	10 Vico 10 Vieste	TOTALE	112
	BRANCA	MONTE ORE																																																											
	• CARDIOLOGIA	11,5																																																											
	• CHIRURGIA	18																																																											
	• DERMATOLOGIA	6																																																											
	• FISIOKINESITERAPIA	10																																																											
	• MEDICINA INTERNA	2																																																											
	• OCULISTICA	11																																																											
	• OTORINOLARINGOIATRIA	15																																																											
	• UROLOGIA	4,5																																																											
	• PNEUMOLOGIA	4																																																											
	• ANESTESIOLOGIA	12																																																											
	• DIABETOLOGIA	12+12																																																											
	• ODONTOIATRIA	10																																																											
	• ORTOPIEDIA	15																																																											
	• PEDIATRIA	6																																																											
	• RADIOLOGIA	50																																																											
TOTALE	199																																																												
BRANCA	MONTE ORE																																																												
ENDOCRINOLOGIA	3 Vico 4 Vieste																																																												
NEUROLOGIA	20 Vieste 3 Vico																																																												
CARDIOLOGIA	5 Vico 5 Vieste																																																												
DIABETOLOGIA	5 Vico 5 Vieste																																																												
GERIATRIA	5 Vico 4 Vieste																																																												
OCULISTICA	5 Vico 5 Vieste																																																												
PENUMOLOGIA	8																																																												
MEDICINA INTERNA	5																																																												
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	10 Vieste																																																												
RADIOLOGIA	10 Vico 10 Vieste																																																												
TOTALE	112																																																												
Diagnostica per immagini	SI VICO DEL GARGANO VIESTE																																																												
Ambulatorio per le cronicità		SI																																																											
Ambulatorio infermieristico		SI																																																											
Farmacia	VICO DEL GARGANO																																																												
Centro prelievo	VICO DEL GARGANO VIESTE																																																												
Emergenza-Urgenza																																																													



REGIONE PUGLIA

Postazione medicalizzata fissa 118	VICO DEL GARGANO VIESTE	
Postazione 118	VICO DEL GARGANO VIESTE	
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile		
Consultorio familiare	VIESTE	
Prevenzione		
Vaccinazioni	VICO DEL GARGANO	
Attività amministrativa		
Scelta e revoca Medico	VICO DEL GARGANO VIESTE	
Esenzioni ticket	VICO DEL GARGANO VIESTE	
Rimborsi	VICO DEL GARGANO	
Ausili, Presidi e Protesi	VICO DEL GARGANO	
Ufficio anagrafe assistibili		Si
Assistenza integrativa Farmaceutica	VICO DEL GARGANO	

ASL FG	PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA DI TROIA/ACCADIA			
DEGENZE TERRITORIALI	Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/servizi previsti da attivare		
Ospedale di Comunità		18		
RSA ESTENSIVA ANZIANI		20 (ACCADIA)		
RSA MANTENIMENTO ANZIANI		20 (ACCADIA)		
RSA R1		20		
TOTALE		78		
SERVIZI				
Accesso Unico alle Cure				
URP		Si		
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)		Si		
CUP		Si		
PUA		Si		
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale				
AFT		Si		
Continuità assistenziale		Si		
Ambulatorio di:				
	BRANCA	MONTE ORE	BRANCA	MONTE ORE
	• ALLERGOLOGIA	6	ENDOCRINOLOGIA	5 Troia



REGIONE PUGLIA

	• ANESTOSIOLOGIA E RIANIMAZIONE	6	DIABETOLOGIA	5
	• DIABETOLOGIA	18	FISIATRIA	10
	• MEDICINA INTERNA	24	OCULISTICA	5
	• NEUROLOGIA	14	ORTOPEDIA	5
	• OCULISTICA	25	OTORINO	5
	• ODONTOIATRIA	27	PNEUMOLOGIA	10
	• ORTOPEDIA	5	UROLOGIA	4
	• OTORINOLARINGOIATRIA	10	CHIRURGIA GENERALE	3
	• PNEUMOLOGIA	2	REUMATOLOGIA	4
	• UROLOGIA	4	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	10
	• PEDIATRIA	5	TOTALE	66
	• OSTETRICIA E GINECOLOGIA	10		
	• CARDIOLOGIA	45,5		
	• DERMATOLOGIA	14		
	• FISIATRIA	6		
	• GERIATRIA	4		
	• MEDICINA LEGALE	5		
	• NEFROLOGIA	14		
	• RADIOLOGIA	38		
	• NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	4		
	TOTALE	286,5		
Centro dialisi	11			
Punto prelievo			SI	
Ambulatorio infermieristico			SI	
Ambulatorio per le cronicità			SI	
Farmacia			ACCADIA	
Diagnostica per immagini	SI			
Emergenza-Urgenza				
Postazione 118				
Assistenza Consulitoriale e Materno Infantile				
Consultorio familiare	TROIA			
Attività amministrativa				
Ufficio anagrafe assistibili			SI	
Sportello protesica			SI	
Assistenza integrativa farmaceutica			SI	



REGIONE PUGLIA

ASL LE	PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA CAMPI SALENTINA																																	
	Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/ servizi previsti da attivare																																
DEGENZE TERRITORIALI																																		
Ospedale di Comunità	8	12																																
SERVIZI																																		
Accesso Unico alle Cure																																		
C.U.P.	SI																																	
P.U.A.	SI																																	
URP		SI																																
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)		SI																																
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale																																		
Continuità assistenziale	SI																																	
AFT																																		
Cure domiciliari	SI																																	
Day service medico	SI																																	
Day service chirurgico		SI																																
Ambulatori delle cronicità	SI																																	
CDCD	SI																																	
Terapia del dolore	SI																																	
NAD (Nutrizione clinica ambulatoriale e domiciliare)	SI																																	
Ambulatorio infermieristico		SI																																
Ambulatorio specialistico di:																																		
	<table border="1"> <tr><td>ALLERGOLOGIA</td><td>0</td></tr> <tr><td>ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE</td><td>18</td></tr> <tr><td>CARDIOLOGIA</td><td>73</td></tr> <tr><td>CHIRURGIA GENERALE</td><td>9</td></tr> <tr><td>DERMATOLOGIA</td><td>26</td></tr> <tr><td>ENDOCRINOLOGIA e DIABETOLOGIA</td><td>38</td></tr> <tr><td>FISIOCHINESITERAPIA</td><td>38</td></tr> <tr><td>GASTROENTEROLOGIA</td><td>38</td></tr> </table>	ALLERGOLOGIA	0	ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE	18	CARDIOLOGIA	73	CHIRURGIA GENERALE	9	DERMATOLOGIA	26	ENDOCRINOLOGIA e DIABETOLOGIA	38	FISIOCHINESITERAPIA	38	GASTROENTEROLOGIA	38	<table border="1"> <tr><td>ALLERGOLOGIA</td><td>6</td></tr> <tr><td>ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE</td><td>6</td></tr> <tr><td>CARDIOLOGIA</td><td>3</td></tr> <tr><td>OCULISTICA</td><td>6</td></tr> <tr><td>ORTOPEDIA</td><td>17</td></tr> <tr><td>OSTETRICIA E GINECOLOGIA</td><td>32</td></tr> <tr><td>PNEUMOLOGIA</td><td>23</td></tr> <tr><td>REUMATOLOGIA</td><td>12</td></tr> </table>	ALLERGOLOGIA	6	ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE	6	CARDIOLOGIA	3	OCULISTICA	6	ORTOPEDIA	17	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	32	PNEUMOLOGIA	23	REUMATOLOGIA	12
ALLERGOLOGIA	0																																	
ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE	18																																	
CARDIOLOGIA	73																																	
CHIRURGIA GENERALE	9																																	
DERMATOLOGIA	26																																	
ENDOCRINOLOGIA e DIABETOLOGIA	38																																	
FISIOCHINESITERAPIA	38																																	
GASTROENTEROLOGIA	38																																	
ALLERGOLOGIA	6																																	
ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE	6																																	
CARDIOLOGIA	3																																	
OCULISTICA	6																																	
ORTOPEDIA	17																																	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	32																																	
PNEUMOLOGIA	23																																	
REUMATOLOGIA	12																																	



REGIONE PUGLIA

	GERIATRIA	34		MEDICINA INTERNA	38
	MEDICINA DELLO SPORT	38		Totale	143
	MEDICINA INTERNA	76			
	NEFROLOGIA (comprensivo di Posti Rene)	76			
	NEUROLOGIA	58			
	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0			
	OCULISTICA	31,5			
	ODONTOIATRIA	38			
	ONCOLOGIA	0			
	ORTOPEDIA	21			
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	44			
	OTORINOLARINGOIATRIA	20			
	PNEUMOLOGIA	15			
	RADIOLOGIA	190			
	REUMATOLOGIA	0			
	UROLOGIA	38			
	ANATOMIA PATOLOGICA	0			
	ANGIOLOGIA	0			
	CHIRURGIA PLASTICA	0			
	MALATTIE INFETTIVE	0			
	PATOLOGIA CLINICA	0			
	SCIENZE DELLA NUTRIZIONE	38			
	Totale	957,5			
Diagnostica per immagini	Si				
Diagnostica per immagini con l'utilizzo di grandi macchine	TAC				
Centro prelievo	Si				
Centro dialisi	15				
Farmacia				Si	
Emergenza-Urgenza					
Postazione 118	SI				
Assistenza Consultoriale					



REGIONE PUGLIA

e Materno Infantile		
Consultorio familiare	SI	
Salute Mentale		
CSM		SI
Centro diurno	20	
Centro residenziale CRAP	14	
Prevenzione		
Vaccinazioni	SI	
Medicina Legale e fiscale	SI	
Riabilitazione		
Centro riabilitazione ambulatoriale	SI	
Trattamenti domiciliari	SI	
Attività amministrativa		
Scelta e revoca Medico	SI	
Esenzioni ticket	SI	
Rimborsi	SI	
Ausili, Presidi e Protesi	SI	
Ufficio anagrafe assistibili		SI
Assistenza integrativa Farmaceutica	SI	

ASL LE

PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA
NARDO'

DEGENZE TERRITORIALI	Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/servizi previsti da attivare
Ospedale di Comunità		15
RSA R1		20
TOTALE		35
SERVIZI		
Accesso Unico alle Cure		
C. U. P.	SI	
P. U. A.	SI	
URP	SI	
Accesso unico facilitato al sistema		SI



REGIONE PUGLIA

(sportelli per il cittadino)																																																																
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale																																																																
Continuità assistenziale	SI																																																															
AFT		SI																																																														
Cure domiciliari	SI																																																															
Day service medico	SI																																																															
Day service chirurgico	SI																																																															
Ambulatorio delle cronicità	SI																																																															
CDCD	SI																																																															
NAD	SI																																																															
Terapia del dolore	SI																																																															
Centro TAO	SI																																																															
Centro antidiabetico	SI																																																															
PMA	SI																																																															
- Ambulatorio Infermieristico	SI																																																															
Ambulatorio specialistico di:	<table border="1"> <tr><td>ALLERGOLOGIA</td><td>0</td></tr> <tr><td>ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE</td><td>22</td></tr> <tr><td>CARDIOLOGIA</td><td>123</td></tr> <tr><td>CHIRURGIA GENERALE</td><td>17</td></tr> <tr><td>DERMATOLOGIA</td><td>54</td></tr> <tr><td>ENDOCRINOLOGIA e DIABETOLOGIA</td><td>50</td></tr> <tr><td>FISIOCHINESITERAPIA</td><td>12</td></tr> <tr><td>GASTROENTEROLOGIA</td><td>0</td></tr> <tr><td>GERIATRIA</td><td>0</td></tr> <tr><td>MEDICINA DELLO SPORT</td><td>0</td></tr> <tr><td>MEDICINA INTERNA</td><td>152</td></tr> <tr><td>NEFROLOGIA (comprensivo di Posti Rene)</td><td>0</td></tr> <tr><td>NEUROLOGIA</td><td>22</td></tr> <tr><td>NEUROPSICHIATRIA INFANTILE</td><td>0</td></tr> <tr><td>OCULISTICA</td><td>98</td></tr> <tr><td>ODONTOIATRIA</td><td>31</td></tr> <tr><td>ONCOLOGIA</td><td>6</td></tr> <tr><td>ORTOPEDIA</td><td>47</td></tr> </table>	ALLERGOLOGIA	0	ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE	22	CARDIOLOGIA	123	CHIRURGIA GENERALE	17	DERMATOLOGIA	54	ENDOCRINOLOGIA e DIABETOLOGIA	50	FISIOCHINESITERAPIA	12	GASTROENTEROLOGIA	0	GERIATRIA	0	MEDICINA DELLO SPORT	0	MEDICINA INTERNA	152	NEFROLOGIA (comprensivo di Posti Rene)	0	NEUROLOGIA	22	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	OCULISTICA	98	ODONTOIATRIA	31	ONCOLOGIA	6	ORTOPEDIA	47	<table border="1"> <tr><td>ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE</td><td>16</td></tr> <tr><td>CHIRURGIA GENERALE</td><td>21</td></tr> <tr><td>FISIOCHINESITERAPIA</td><td>26</td></tr> <tr><td>GASTROENTEROLOGIA</td><td>12</td></tr> <tr><td>GERIATRIA</td><td>18</td></tr> <tr><td>NEFROLOGIA (comprensivo di Posti Rene)</td><td>76</td></tr> <tr><td>NEUROLOGIA</td><td>16</td></tr> <tr><td>OCULISTICA</td><td>21</td></tr> <tr><td>OSTETRICIA E GINECOLOGIA</td><td>34</td></tr> <tr><td>PNEUMOLOGIA</td><td>6</td></tr> <tr><td>REUMATOLOGIA</td><td>5</td></tr> <tr><td>UROLOGIA</td><td>4</td></tr> <tr><td>Totale</td><td>255</td></tr> </table>	ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE	16	CHIRURGIA GENERALE	21	FISIOCHINESITERAPIA	26	GASTROENTEROLOGIA	12	GERIATRIA	18	NEFROLOGIA (comprensivo di Posti Rene)	76	NEUROLOGIA	16	OCULISTICA	21	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	34	PNEUMOLOGIA	6	REUMATOLOGIA	5	UROLOGIA	4	Totale	255
ALLERGOLOGIA	0																																																															
ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE	22																																																															
CARDIOLOGIA	123																																																															
CHIRURGIA GENERALE	17																																																															
DERMATOLOGIA	54																																																															
ENDOCRINOLOGIA e DIABETOLOGIA	50																																																															
FISIOCHINESITERAPIA	12																																																															
GASTROENTEROLOGIA	0																																																															
GERIATRIA	0																																																															
MEDICINA DELLO SPORT	0																																																															
MEDICINA INTERNA	152																																																															
NEFROLOGIA (comprensivo di Posti Rene)	0																																																															
NEUROLOGIA	22																																																															
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0																																																															
OCULISTICA	98																																																															
ODONTOIATRIA	31																																																															
ONCOLOGIA	6																																																															
ORTOPEDIA	47																																																															
ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE	16																																																															
CHIRURGIA GENERALE	21																																																															
FISIOCHINESITERAPIA	26																																																															
GASTROENTEROLOGIA	12																																																															
GERIATRIA	18																																																															
NEFROLOGIA (comprensivo di Posti Rene)	76																																																															
NEUROLOGIA	16																																																															
OCULISTICA	21																																																															
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	34																																																															
PNEUMOLOGIA	6																																																															
REUMATOLOGIA	5																																																															
UROLOGIA	4																																																															
Totale	255																																																															



REGIONE PUGLIA

	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	42	
	OTORINOLARINGOIATRIA	36	
	PNEUMOLOGIA	12	
	RADIOLOGIA	114	
	REUMATOLOGIA	13	
	UROLOGIA	8	
	ANATOMIA PATOLOGICA	0	
	ANGIOLOGIA	0	
	CHIRURGIA PLASTICA	0	
	MALATTIE INFETTIVE	0	
	PATOLOGIA CLINICA	0	
	SCIENZE DELLA NUTRIZIONE	38	
	Totale	897	
Diagnostica per immagini	SI		
Diagnostica per immagini con l'utilizzo di grandi macchine	TAC		
Centro prelievo	SI		
Centro dialisi	12		
Farmacia			SI
Emergenza-Urgenza			
Postazione 118	SI		
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio familiare	SI		
Dipartimento Salute Mentale			
CSM	SI		
Centro diurno	SI		
Riabilitazione			
Centro riabilitazione ambulatoriale	SI		
Trattamenti domiciliari	SI		
Attività amministrativa			
Scelta e revoca Medico	SI		
Esenzioni ticket	SI		
Rimborsi	SI		
Ausili, Presidi e Protesi	SI		
Ufficio anagrafe	SI		



REGIONE PUGLIA

assistibili		
Assistenza integrativa Farmaceutica	SI	

ASL LE	PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA POGGIARDO			
	Posti letto territoriali/servizi attivi		Posti letto territoriali/servizi previsti da attivare	
DEGENZE TERRITORIALI				
Ospedale di Comunità			12	
RSA R1			28	
TOTALE			40	
SERVIZI				
Accesso Unico alle Cure				
C.U.P.	SI			
P.U.A.	SI			
URP	SI			
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)			SI	
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale				
Continuità assistenziale	SI			
AFT			SI	
Cure domiciliari	SI			
Day service medico	SI			
Day service chirurgico	SI			
Ambulatorio delle cronicità	SI			
CDCD	SI			
NAD	SI			
Terapia del dolore	SI			
Centro TAO	SI			
Centro antidiabetico	SI			
- Ambulatorio Infermieristico	SI			
Ambulatorio specialistico di:				
	ALLERGOLOGIA	0	CARDIOLOGIA	40
	ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE	38	CHIRURGIA GENERALE	12
	CARDIOLOGIA	36	FISIOCHINESITERAPIA	28
	CHIRURGIA GENERALE	26	GERIATRIA	6
			MEDICINA INTERNA	38



REGIONE PUGLIA

	DERMATOLOGIA	38	NEFROLOGIA (comprensivo di Posti Rene)	38
	ENDOCRINOLOGIA e DIABETOLOGIA	56	NEUROLOGIA	19
	FISIOCHINESITERAPIA	10	OCULISTICA	21
	GASTROENTEROLOGIA	0	ONCOLOGIA	5
	GERIATRIA	12	ORTOPEDIA	38
	MEDICINA DELLO SPORT	0	PNEUMOLOGIA	6
	MEDICINA INTERNA	0	REUMATOLOGIA	18
	NEFROLOGIA (comprensivo di Posti Rene)	0	UROLOGIA	5
	NEUROLOGIA	19	Totale	274
	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0		
	OCULISTICA	17		
	ODONTOIATRIA	24		
	ONCOLOGIA	7		
	ORTOPEDIA	0		
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	60		
	OTORINOLARINGOIATRI A	18		
	PNEUMOLOGIA	30		
	RADIOLOGIA	74		
	REUMATOLOGIA	0		
	UROLOGIA	7		
	ANATOMIA PATOLOGICA	0		
	ANGIOLOGIA	0		
	CHIRURGIA PLASTICA	3		
	MALATTIE INFETTIVE	0		
	PATOLOGIA CLINICA	0		
	SCIENZE DELLA NUTRIZIONE	18		
	Totale	493		
Diagnostica per immagini			SI	
Diagnostica per immagini con l'utilizzo di grandi macchine				TAC
Centro prelievo			SI	



REGIONE PUGLIA

Centro dialisi	6	2
Farmacia		SI
Emergenza-Urgenza		
Postazione 118	SI	
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile		
Consultorio familiare	SI	
Prevenzione		
Vaccinazioni	SI	
Medicina Legale e fiscale	SI	
Riabilitazione		
Centro riabilitazione ambulatoriale	SI	
Trattamenti domiciliari	SI	
Dipendenze patologiche		
Serd	SI	
Attività amministrativa		
Scelta e revoca Medico	SI	
Esenzioni ticket	SI	
Rimborsi	SI	
Ausili, Presidi e Protesi	SI	
Ufficio anagrafe assistibili		SI
Assistenza integrativa Farm.	SI	

ASL LE
DEGENZE TERRITORIALI
Ospedale di comunità
RSA R1
HOSPICE
TOTALE
SERVIZI
Accesso Unico alle Cure
C.U.P.
P.U.A.
URP
Accesso unico

PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA MAGLIE	
Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/servizi previsti da attivare
	12
	24
	15
	51
SI	
SI	
SI	
	SI



REGIONE PUGLIA

facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)			
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale			
Continuità assistenziale	SI		
AFT		SI	
Cure domiciliari	SI		
Day service medico	SI		
Day service chirurgico	SI		
Ambulatorio delle cronicità		SI	
- C.P.T. (MMG)		SI	
Ambulatorio infermieristico		SI	
Ambulatorio specialistico di:			
	ALLERGOLOGIA	38	
	ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE	0	
	CARDIOLOGIA	38	
	CHIRURGIA GENERALE	57,5	
	DERMATOLOGIA	25	
	ENDOCRINOLOGIA e DIABETOLOGIA	9	
	FISIOCHINESITERAPIA	30	
	GASTROENTEROLOGIA	0	
	GERIATRIA	8	
	MEDICINA DELLO SPORT	0	
	MEDICINA INTERNA	38	
	NEFROLOGIA (comprensivo di Posti Rene)	0	
	NEUROLOGIA	48	
	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	
	OCULISTICA	74	
	ODONTOIATRIA	34	
	ONCOLOGIA	0	
	ORTOPEDIA	3	
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	68	
	OTORINOLARINGOIATRIA	0	
			ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE
			24
			CARDIOLOGIA
			38
			DERMATOLOGIA
			13
			ENDOCRINOLOGIA e DIABETOLOGIA
			29
			FISIOCHINESITERAPIA
			9
			GERIATRIA
			10
			ORTOPEDIA
			35
			OSTETRICIA E GINECOLOGIA
			8
			OTORINOLARINGOIATRIA
			18
			UROLOGIA
			9
			Totale
			193



REGIONE PUGLIA

	PNEUMOLOGIA	46	
	RADIOLOGIA	76	
	REUMATOLOGIA	52	
	UROLOGIA	3	
	ANATOMIA PATOLOGICA	0	
	ANGIOLOGIA	0	
	CHIRURGIA PLASTICA	0	
	MALATTIE INFETTIVE	0	
	PATOLOGIA CLINICA	0	
	SCIENZE DELLA NUTRIZIONE	0	
	Totale	647,5	
Centro prelievo	SI		
Diagnostica per immagini	SI		
Farmacia	SI		
Emergenza-Urgenza			
Postazione 118	SI		
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio familiare	SI		
Salute Mentale			
Centro Salute Mentale	SI		
Riabilitazione			
Centro riabilitazione ambulatoriale	SI		
Trattamenti domiciliari	SI		
Dipendenze patologiche			
Ser.d.	SI		
Prevenzione			
- Vaccinazione	SI		
- Medicina Legale e Fiscale	SI		
Attività amministrativa			
Scelta e revoca Medico	SI		
Esenzioni ticket	SI		
Rimborsi	SI		
Ausili, Presidi e Protesi	SI		



REGIONE PUGLIA

Ufficio anagrafe assistibili	SI	
Assistenza integrativa Farmac.	SI	

ASL LE	PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA GAGLIANO DEL CAPO		
DEGENZE TERRITORIALI	Posti letto territoriali/servizi attivi	Posti letto territoriali/servizi previsti da attivare	
Ospedale di comunità		12	
RSA R1		20	
TOTALE		32	
SERVIZI			
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	SI		
P.U.A.	SI		
URP		SI	
Accesso unico facilitato al sistema (sportelli per il cittadino)		SI	
Attività Med. di base e Specialistica Ambulatoriale			
Continuità assistenziale	SI		
AFT		SI	
Cure domiciliari	SI		
Day service medico	SI		
Day service chirurgico		SI	
Ambulatorio per le cronicità		SI	
- Ambulatorio Infermieristico		SI	
Ambulatorio specialistico di:			
ALLERGOLOGIA	0	GERIATRIA	6
ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE	40	NEFROLOGIA (comprensivo di Posti Rene)	76
CARDIOLOGIA	100	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	31
CHIRURGIA GENERALE	38	RADIOLOGIA	76
DERMATOLOGIA	56	REUMATOLOGIA	12
ENDOCRINOLOGIA e DIABETOLOGIA	59	UROLOGIA	9
FISIOCHINESITERAPIA	38	Totale	210
GASTROENTEROLOGIA	50		
GERIATRIA	12		
MEDICINA DELLO SPORT	0		
MEDICINA INTERNA	38		
NEFROLOGIA (comprensivo di Posti Rene)	0		

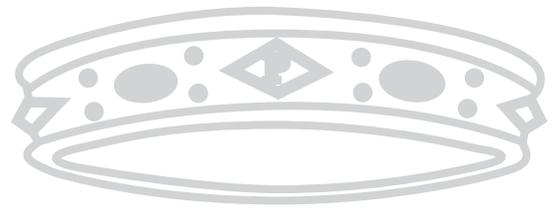


REGIONE PUGLIA

	NEUROLOGIA	41	
	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	
	OCULISTICA	73	
	ODONTOIATRIA	73	
	ONCOLOGIA	0	
	ORTOPEDIA	54	
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	45	
	OTORINOLARINGOIATRI A	44	
	PNEUMOLOGIA	38	
	RADIOLOGIA	0	
	REUMATOLOGIA	6	
	UROLOGIA	3	
	ANATOMIA PATOLOGICA	0	
	ANGIOLOGIA	0	
	CHIRURGIA PLASTICA	0	
	MALATTIE INFETTIVE	0	
	PATOLOGIA CLINICA	38	
	SCIENZE DELLA NUTRIZIONE	38	
	Totale	884	
Centro dialisi		9	
Diagnostica per immagini		SI	
Punto prelievo		SI	
Farmacia			SI
Emergenza-Urgenza			
Postazione 118		SI	
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio familiare		SI	
Prevenzione			
Vaccinazioni		SI	
Medicina Legale e fiscale		SI	
Salute Mentale			
Centro Salute Mentale		SI	
Riabilitazione			
Centro riabilitazione ambulatoriale		SI	
Trattamenti domiciliari		SI	
Dipendenze Patologiche			
- Ser.D.		SI	

**REGIONE PUGLIA**

Attività amministrativa		
Scelta e revoca Medico	SI	
Esenzioni ticket	SI	
Rimborsi	SI	
Ausili, Presidi e Protesi	SI	
Ufficio anagrafe assistibili		SI
Assistenza integrativa farmaceutica	SI	



BOLLETTINO UFFICIALE

della Regione Puglia

Direzione e Redazione: Lungomare Nazario Sauro, 33 - 70121 Bari

Tel. 080 540 6372 / 6316 / 6317 - Fax 080 540 6379

Sito internet: <http://www.regione.puglia.it/bollettino-ufficiale>

e-mail: burp@pec.rupar.puglia.it - burp@regione.puglia.it

Direttore Responsabile **Dott. Francesco Monaco**

Autorizzazione Tribunale di Bari N. 474 dell'8-6-1974

Edipress dei f.lli Caraglia & C. s.a.s. - 83031 Ariano Irpino (AV)