

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

della Regione Puglia



REGIONE
PUGLIA

ANNO LIV

BARI, 23 MAGGIO 2023

n. 47 *suppl.*



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 22 maggio 2023, n. 9

“Introduzione del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati in Regione Puglia, modifiche alle leggi regionali 30 novembre 2022, n. 30 (Assestamento e variazione al bilancio di previsione per l’esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024), 2 maggio 2017, n. 9 (Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio, all’accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private) e 29 dicembre 2022, n. 32 (Disposizioni per la formazione del Bilancio di previsione 2023 e Bilancio pluriennale 2023-2025 della Regione Puglia - legge di stabilità regionale 2023)”..... 4

REGOLAMENTO REGIONALE 22 maggio 2023, n. 6

“Ulteriore modifica all’art. 4 del Regolamento Regionale 7 ottobre 2021, n. 10: Attuazione del Piano Faunistico-Venatorio regionale 2018/2023”..... 7

REGOLAMENTO REGIONALE 22 maggio 2023, n. 7

“Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle cure domiciliari necessari ai fini del rilascio dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento istituzionale ai sensi dell’Accordo Stato - Regioni n. 151/CSR del 04 agosto 2021”..... 8

REGOLAMENTO REGIONALE 22 maggio 2023, n. 8

“Regolamento della scuola regionale di protezione civile”..... 20

PARTE PRIMA

Leggi e regolamenti regionali

LEGGE REGIONALE 22 maggio 2023, n. 9

“Introduzione del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati in Regione Puglia, modifiche alle leggi regionali 30 novembre 2022, n. 30 (Assestamento e variazione al bilancio di previsione per l’esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024), 2 maggio 2017, n. 9 (Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio, all’accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private) e 29 dicembre 2022, n. 32 (Disposizioni per la formazione del Bilancio di previsione 2023 e Bilancio pluriennale 2023-2025 della Regione Puglia - legge di stabilità regionale 2023)”.

IL CONSIGLIO REGIONALE HA APPROVATO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA LA SEGUENTE LEGGE:

CAPO I**Budget di salute****Art. 1****Oggetto e finalità**

1. Le presenti disposizioni hanno la finalità di consentire alla Regione Puglia l’utilizzo del metodo di Budget di salute quale strumento di coprogrammazione e di cogestione idoneo a garantire, attraverso progetti terapeutici riabilitativi individualizzati l’integrazione delle prestazioni socio-sanitarie, di cui all’articolo 3 septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

Art. 2**Disciplina e definizione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali regionali sostenuti con Budget di salute**

1. La Regione Puglia, nel rispetto del principio di sussidiarietà solidale e di complementarità tra gli erogatori dei servizi, promuove la centralità e la partecipazione dei cittadini attraverso Percorsi terapeutico riabilitativi individuali (PTRI), con forme di cogestione di percorsi di cura e riabilitazione, caratterizzate dalla necessità di interventi sanitari e sociali tra loro integrati.

2. Nel rispetto dell’articolo 117, secondo comma, lettera m) e dell’articolo 118, quarto comma, della Costituzione italiana, i progetti personalizzati devono essere programmati, gestiti e monitorati da personale della Azienda sanitaria locale e del Comune, attraverso modalità di cogestione della presa in carico, con soggetti del terzo settore, insieme agli utenti e loro familiari.

3. I PTRI, sostenuti da Budget di salute, sono percorsi integrati atti a soddisfare bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

Art. 3

Dotazione finanziaria del Budget di salute

1. Ogni Azienda sanitaria provinciale è tenuta a destinare almeno lo 0,2 per cento delle somme poste in entrata del proprio bilancio annuale al finanziamento di Progetti terapeutici individualizzati (PIT) di presa in carico comunitaria, formando la dotazione finanziaria del Budget di salute.

Art. 4

Adozione linee guida regionali

1. La Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni, sentita la Commissione consiliare permanente in materia di sanità, emana specifiche linee guida per gli interventi socio-sanitari integrati finalizzati al welfare comunitario, attraverso la metodologia dei PTRI sostenuti dal Budget di salute.

Art. 5

Clausola valutativa

1. La Giunta regionale, entro il 31 marzo di ciascun anno, a partire dal secondo anno dalla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni, trasmette al Consiglio regionale una relazione annuale sullo stato di attuazione e sulla efficacia delle presenti norme.

CAPO II

Disposizioni varie in materia sanitaria

Art. 6

Abrogazione dell'articolo 23 della l.r. 30/2022

1. L'articolo 23 della legge regionale 30 novembre 2022, n. 30 (Assestamento e variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024) è abrogato.
2. La Giunta regionale con successivi provvedimenti annulla gli atti che costituiscono applicazione della stessa norma abrogata.

Art. 7

Modifica all'articolo 29 bis della l.r. 9/2017

1. Al comma 5 dell'articolo 29 bis della legge regionale 2 maggio 2017, n. 9 (Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle

strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private) dopo le parole: “accertata carenza” sono soppresse le seguenti: “anche di un solo requisito”.

Art. 8

Abrogazione dell'articolo 17 della l.r. 32/2022

1. L'articolo 17 della legge regionale 29 dicembre 2022, n. 32 (Disposizioni per la formazione del Bilancio di previsione 2023 e Bilancio pluriennale 2023-2025 della Regione Puglia - legge di stabilità regionale 2023) è abrogato.

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 22 maggio 2023

MICHELE EMILIANO

REGOLAMENTO REGIONALE 22 maggio 2023, n. 6

“Ulteriore modifica all’art. 4 del Regolamento Regionale 7 ottobre 2021, n. 10: Attuazione del Piano Faunistico-Venatorio regionale 2018/2023”.

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° 598 del 03/05/2023 di adozione del Regolamento;

EMANA IL SEGUENTE REGOLAMENTO

Art. 1

(Modifica all’articolo 4 del Regolamento Regionale 7 ottobre 2021, n.10 come modificato dall’articolo 1 del Regolamento Regionale 28 marzo 2022, n. 2)

1. *Il comma 2 dell’articolo 4 del Regolamento Regionale 7 ottobre 2021, n. 10 (Attuazione del Piano Faunistico Venatorio regionale 2018-2023), come modificato dall’articolo 1 del Regolamento Regionale 28 marzo 2022, n. 2, è sostituito dal seguente:*

“2. Al fine di consentire il normale svolgimento della stagione venatoria 2023/2024, nelle more dell’approvazione del Piano Faunistico-Venatorio regionale 2024-2029, i nuovi ATC previsti dal Piano Faunistico-Venatorio 2018-2023, approvato con DGR n. 1198 del 20 luglio 2021 e rettificato, con rinnovata approvazione, con DGR n. 2054 del 06 dicembre 2021, nonché con DGR n. 1362 del 10 ottobre 2022, decorrono dal 15 febbraio 2024. La struttura regionale competente adotta le necessarie iniziative e i provvedimenti di competenza in conformità a quanto previsto dall’art. 15 del Regolamento Regionale n. 5/2021 per consentire la nomina dei Comitati di Gestione degli ATC previsti dal Piano Faunistico-Venatorio 2018-2023”.

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 22 maggio 2023

EMILIANO

REGOLAMENTO REGIONALE 22 maggio 2023, n. 7

“Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle cure domiciliari necessari ai fini del rilascio dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento istituzionale ai sensi dell’Accordo Stato - Regioni n. 151/CSR del 04 agosto 2021”.

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° 630 del 08/05/2023 di adozione del Regolamento;

EMANA IL SEGUENTE REGOLAMENTO

Art. 1

Finalità

1. Con il presente Regolamento vengono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle cure domiciliari ai sensi dell’Accordo Stato - Regioni n. 151/CSR del 04 agosto 2021, necessari ai fini del rilascio dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento istituzionale.
2. In coerenza con l’Accordo Stato – Regioni rep. atti n. 151/CSR del 04 agosto 2021 concernente “Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio e requisiti ulteriori per l’accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell’articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n.178” recepito con la deliberazione di Giunta regionale n. 134 del 15/2/2022 si definiscono:
 - Cure domiciliari: sono definite dall’art. 22 del Dpcm 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.
3. I destinatari del presente Regolamento sono le Organizzazioni che erogano le cure domiciliari di livello base, di I, II, III livello.

Art. 2

Requisiti di autorizzazione per lo svolgimento delle cure domiciliari

1. Requisiti strutturali

1.1 L’Organizzazione che eroga cure domiciliari deve disporre almeno di una sede organizzativa, che può coincidere con una sede operativa, nell’ambito del territorio regionale, rapportata alla tipologia e alla complessità dell’attività svolta; tale sede deve svolgere funzioni di centro organizzativo del servizio di cure domiciliari, di segreteria per informazioni e comunicazioni (call center), di raccolta di suggerimenti e reclami; deve disporre di sedi operative, dislocate sul territorio nel rispetto dei criteri di prossimità. Le sedi devono essere collegate tra loro in relazione alla distribuzione degli interventi territoriali.

1.2 L’Organizzazione che eroga cure domiciliari deve disporre di locali e spazi quali:

1.2.1 per la sede organizzativa

- a) un locale per l'organizzazione dei servizi, le attività amministrative e di segreteria (call center) aperto secondo il requisito di cui all'art. 2, comma 3, capoverso 3.2, punto 3.2.1.d);
- b) un locale dedicato alla direzione del servizio e alle riunioni di equipe, utilizzabile anche per colloqui con gli utenti nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico;
- c) uno spazio (front office) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio;
- d) uno spazio per la conservazione sicura della documentazione sanitaria;
- e) servizi igienici per il personale;
- f) servizi igienici per gli utenti, attrezzati per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico.

1.2.2 per la sede operativa

- a) un locale/spazio (es. armadi) ad uso deposito del materiale pulito/magazzino sanitario da gestire in conformità alle normative in materia di tenuta dei farmaci e dei presidi sanitari;
- b) un locale/spazio (es. armadi) per deposito del materiale sporco, con uno spazio delimitato adibito al lavaggio, nonché alla sterilizzazione dei materiali laddove non venga utilizzato solo materiale monouso o non ci si avvalga di servizi esterni di sterilizzazione;
- c) uno spogliatoio per il personale;
- d) un locale dedicato alla direzione del servizio e alle riunioni di equipe, utilizzabile anche per colloqui con gli utenti nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico;
- e) uno spazio (front office) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio;
- f) uno spazio per la conservazione della documentazione sanitaria;
- g) servizi igienici per il personale;
- h) servizi igienici per gli utenti, attrezzati per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico.

1.3 Tutti i locali devono essere in possesso dei requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente.

2. Requisiti tecnologici

2.1 In funzione dei livelli di attività erogata, l'Organizzazione deve garantire:

- a) la disponibilità di mezzi di trasporto idonei a garantire la mobilità degli operatori e delle attività organizzative di supporto;
- b) la conformità dei mezzi di trasporto alla normativa vigente (copertura assicurativa e altro);
- c) un programma di controllo e manutenzione periodica dei mezzi;
- d) tutte le attrezzature, i dispositivi medici e le apparecchiature elettromedicali, conformi alla normativa vigente, necessari a garantire l'erogazione delle rispettive prestazioni domiciliari erogate;
- e) la dotazione minima delle apparecchiature, che deve essere sottoposta a verifiche periodiche, che comprende: stetoscopi, sfigmomanometri, glucometri, saturimetri, aspiratori;
- f) l'adozione presso la sede organizzativa e operativa di un sistema informativo utile all'organizzazione dell'assistenza, specifico per l'attività nei diversi livelli assistenziali e che consenta l'immediata individuazione del fascicolo delle persone assistite e il controllo aggiornato del profilo di assistenza;
- g) i supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche e un sistema integrato di telecomunicazione e tecnologie audio-video con i relativi software, per creare, elaborare, archiviare, proteggere e scambiare dati elettronici comprese le prestazioni di telemedicina;
- h) la Valutazione dei rischi ai sensi della vigente normativa e l'assegnazione dei dispositivi di protezione individuale agli operatori;
- i) le dotazioni necessarie per lo smaltimento dei rifiuti speciali come previsto dalla normativa vigente;
- j) i contenitori per il trasporto dei campioni biologici a norma di legge;
- k) le borse per il personale sanitario, dotate del materiale necessario per l'attività da svolgere verificato attraverso una check list predefinita

- l) lo zaino per la gestione delle emergenze dotato di check list predefinita;
- m) la verifica periodica dello stato di funzionamento e manutenzione delle apparecchiature in dotazione, mediante:
 - m)1 un inventario aggiornato delle attrezzature/apparecchiature utilizzate;
 - m)2 la presenza e la disponibilità di tutta la documentazione relativa ai collaudi, ispezioni e interventi di manutenzione e monitoraggio del funzionamento;
 - m)3 la presenza e la disponibilità della documentazione tecnica (con istruzioni per l'uso in lingua italiana) relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, per ogni verifica necessaria;
 - m)4 l'addestramento, qualora necessario, del personale coinvolto nell'utilizzo delle attrezzature e dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, opportunamente documentato.

3. Requisiti organizzativi.

3.1 Responsabilità e personale.

3.1.1 L'Organizzazione deve garantire:

- a) che la responsabilità complessiva dell'Organizzazione stessa sia affidata a un direttore sanitario o, per le organizzazioni pubbliche, al responsabile medico designato dall'Azienda sanitaria. Tale figura è responsabile del mantenimento dei requisiti sanitari previsti e della verifica di qualità degli interventi svolti, della corretta gestione (acquisizione, stoccaggio, distribuzione, utilizzo e manutenzione) di tutto il materiale sanitario/presidi/attrezzature/apparecchiature, della sorveglianza sulla valutazione del personale e sulla documentazione sanitaria da questi redatta, della gestione del rischio clinico, della definizione delle modalità di comunicazione e raccordo con i Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera Scelta, nonché con gli Specialisti di riferimento;
- b) che, per i servizi di cure domiciliari integrate (ADI) vengano garantite le funzioni di coordinamento e responsabilità clinica, infermieristica e amministrativa;
- c) che per ogni persona in carico per cure domiciliari sia garantita la continuità della presa in carico per tutta la durata dell'assistenza, coerentemente con il Piano Assistenziale;
- d) che la dotazione di personale, in termini numerici e di figure professionali coinvolte, sia proporzionata alla tipologia di attività che intende erogare integrando fra di loro le diverse figure professionali, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie della riabilitazione, OSS e le altre figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI;
- e) che tutte le figure professionali siano in possesso dei requisiti necessari per svolgere la professione corrispondente, secondo la normativa vigente (titoli, eventuali abilitazioni, iscrizioni ad Albi ed Ordini professionali);
- f) che sia effettuata la verifica dei titoli in possesso degli operatori;
- g) che siano rispettati gli obblighi normativi di formazione continua per tutti i professionisti sanitari;
- h) che vi sia formazione in merito a:
 - h)1 procedure interne organizzative;
 - h)2 procedure operative adottate (in funzione del profilo);
 - h)3 umanizzazione delle cure e qualità delle relazioni;
 - h)4 certificazione BLS (primo soccorso con l'impiego di defibrillatore semiautomatico) aggiornata;
 - h)5 sicurezza sul lavoro;
 - h)6 gestione del rischio clinico;
- i) che esista evidenza della formazione;
- j) l'effettuazione di programmi di formazione per il nuovo personale;
- k) che sia presente, conservato e regolarmente aggiornato un elenco del personale impiegato, che riporti:

- k)1 la tipologia e il numero delle figure professionali, il possesso dei relativi requisiti professionali;
- k)2 la tipologia del rapporto di lavoro;
- l) che sia data evidenza della turnazione del personale;
- m) che sia conservato, per il periodo previsto dalla normativa vigente, un archivio storico dei turni effettuati e della documentazione relativa ai servizi svolti, contenente i dati degli accessi a domicilio;
- n) che sia costituito un fascicolo, anche in formato elettronico, relativo a ciascun operatore che presta attività, composto da:
 - n)1 curriculum formativo aggiornato e la relativa documentazione;
 - n)2 attestazioni della formazione continua obbligatoria;
 - n)3 attestato di idoneità psico-fisica al lavoro;
 - n)4 valutazione di idoneità effettuata dal Medico competente;
 - n)5 attestazione della formazione obbligatoria in materia di sicurezza sul lavoro;
 - n)6 attestazione dell'aggiornamento continuo del BLS;
 - n)7 attestazione della formazione sulle procedure interne all'Organizzazione;
 - n)8 possesso della patente di guida adeguata all'eventuale veicolo utilizzato ai fini dell'attività erogata;
- o) che il fascicolo personale degli operatori sia conservato nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali;
- p) nei confronti del proprio personale:
 - p)1 l'attuazione di condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi di lavoro applicabili alla categoria di riferimento;
 - p)2 l'osservanza e l'applicazione di tutte le norme relative alle assicurazioni obbligatorie e antinfortunistiche, previdenziali ed assistenziali;
 - p)3 l'applicazione della normativa in merito alla responsabilità civile in ambito sanitario;
- q) l'utilizzo di strumenti per l'identificazione degli operatori nel rispetto della normativa sulla privacy (cartellino di riconoscimento riportante almeno: nome e cognome dell'operatore, ruolo, logo e nome dell'Organizzazione stessa).

3.2 Procedure e gestione dell'attività

3.2.1 L'organizzazione deve assicurare:

- a) che siano definiti:
 - a)1 il catalogo delle prestazioni e dei servizi erogati;
 - a)2 le modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari;
 - a)3 la gestione delle eventuali urgenze;
- b) che sia redatta la Carta dei Servizi (di cui ai punti y) e z) del presente capoverso);
- c) che siano indicate le modalità di utilizzo di eventuali servizi sanitari erogati a distanza (telemedicina);
- d) che l'attività amministrativa sia garantita per almeno 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) e quella sanitaria su 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) per le cure domiciliari di base e di 1° livello e per 7 giorni settimanali per le cure domiciliari integrate di 2° e 3° livello;
- e) che venga predisposto un Regolamento interno in cui siano definite:
 - e) 1 le funzioni e le responsabilità di tutte le figure professionali in relazione alla tipologia di attività svolta;
 - e) 2 le modalità di espletamento del servizio;
 - e) 3 l'equipaggiamento del personale di assistenza, compreso l'abito professionale;
 - e) 4 i sistemi di comunicazione;
- f) che venga definito un organigramma/funzionigramma;
- g) che venga effettuata la valutazione del rischio clinico, in relazione alla tipologia e al livello dell'attività svolta e, in base alla valutazione, vengano stabilite le azioni di mitigazione del rischio, le relative

- procedure e il monitoraggio;
- h) che la valutazione dei rischi includa le Infezioni Correlate all'Assistenza;
 - i) che tutto il personale venga formato sul rischio clinico;
 - j) che sia elaborato un piano per la gestione del rischio clinico, orientato alla sicurezza degli operatori e delle persone assistite, che comprenda anche la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e definisca ruoli, responsabilità, monitoraggio, verifiche e formazione dedicata;
 - k) che, in funzione delle tipologie di cure domiciliari, siano definite procedure scritte in merito a:
 - k)1 modalità e strumenti di gestione della valutazione del bisogno attraverso strumenti validati;
 - k)2 definizione del Piano di assistenza individuale (semplificato per le cure domiciliari di base);
 - k)3 criteri e modalità di erogazione delle prestazioni e di comunicazione interna;
 - k)4 modalità e strumenti del passaggio di consegne;
 - k)5 criteri di chiusura della presa in carico e di valutazione della persona assistita al momento della dimissione;
 - l) che, per tutte le tipologie assistenziali, presso il domicilio della persona assistita, sia disponibile il diario assistenziale contenente, per ogni accesso:
 - l)1 data e ora;
 - l)2 operatore/i;
 - l)3 prestazioni svolte;
 - l)4 firma dell'operatore.
 - l)5 Può essere prevista anche la firma del paziente o del caregiver;
 - m) che tutti i documenti e/o i dati relativi alle persone assistite siano custoditi nel rispetto della vigente normativa sul trattamento dei dati sensibili, prevedendo modalità di accesso solo al personale abilitato e protezione da accessi non autorizzati;
 - n) che il sistema di archiviazione della documentazione sanitaria consenta un rapido accesso ai dati da parte degli operatori coinvolti nel processo di cura;
 - o) che vengano definite le modalità di controllo e le relative registrazioni di giacenze, integrità, scadenza di farmaci, presidi medico-chirurgici e prodotti nutrizionali, ai sensi della normativa vigente;
 - p) che la documentazione relativa alle verifiche sia disponibile e correttamente conservata;
 - q) che i presidi e i dispositivi soddisfino le caratteristiche di corretta conservazione, sanificazione e manutenzione, facile trasportabilità e sicurezza nel trasporto e che siano contrassegnati con marchio CE qualora previsto;
 - r) che siano disposte procedure:
 - r)1 per garantire la sicurezza, la conservazione e il trasporto dei materiali biologici;
 - r)2 per la sanificazione, la disinfezione e la sterilizzazione di strumenti, materiali e mezzi di trasporto (in cui sia descritto anche il monitoraggio delle stesse su apposito registro);
 - r)3 per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
 - r)4 per la somministrazione a domicilio di farmaci;
 - r)5 per la somministrazione della terapia trasfusionale secondo quanto previsto dalla normativa specifica vigente e in cui sia fatto riferimento alla tracciabilità del prodotto;
 - r)6 per la gestione delle emergenze-urgenze;
 - r)7 per la gestione degli accessi vascolari;
 - r)8 per il corretto smaltimento dei rifiuti, ivi compresi quelli speciali, in conformità alla normativa vigente;
 - r)9 altre procedure specifiche relative all'attività svolta (ad es. prevenzione e gestione delle lesioni cutanee da compressione, gestione dei cateterismi, gestione degli accessi vascolari, gestione della ventilazione meccanica invasiva o non invasiva e dell'ossigenoterapia,

- prevenzione delle cadute, valutazione del dolore etc.);
- s) che le procedure siano aggiornate con una periodicità almeno triennale;
 - t) che le procedure siano diffuse agli operatori;
 - u) che gli operatori integrino i propri interventi ed effettuino il trasferimento reciproco delle informazioni, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi del Piano di assistenza individuale, alimentando il fascicolo di cui al punto l) del presente capoverso);
 - v) che siano definiti e applicati strumenti per il passaggio delle consegne;
 - w) che, tra gli obiettivi della presa in carico assistenziale, venga dato rilievo alla valorizzazione e al sostegno del ruolo della famiglia, garantendo l'attività educativa, di formazione e addestramento, necessaria ai familiari/caregiver per la gestione della persona assistita a domicilio, formalizzata nel diario assistenziale (mediante firma del caregiver);
 - x) che venga garantita la partecipazione della persona assistita nel processo di cura (Empowerment) attraverso momenti formalizzati nel piano assistenziale individuale e registrati nel diario assistenziale;
 - y) che venga redatta e periodicamente aggiornata una Carta dei Servizi, conforme alla normativa vigente, contenente informazioni relative almeno a:
 - y)1 prestazioni erogate;
 - y)2 modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari;
 - y)3 target di popolazione assistita;
 - y)4 orari;
 - y)5 tariffe praticate;
 - y)6 contatti;
 - y)7 modalità di presentazione di eventuali reclami;
 - z) che la Carta dei Servizi sia facilmente accessibile per l'utenza;
 - aa) che vengano definiti strumenti per la raccolta dei reclami, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento;
 - bb) che venga definito un documento con criteri e modalità per la valutazione della qualità dei servizi erogati;
 - cc) che venga favorita la partecipazione del personale allo svolgimento di attività di valutazione (audit);
 - dd) che vengano adottate modalità di valutazione della soddisfazione da parte dell'utente.

Art. 3

Requisiti di accreditamento per lo svolgimento delle cure domiciliari

1. Attuazione di un sistema di gestione dei servizi

1.1 L'Organizzazione che eroga cure domiciliari deve:

- a) definire un piano triennale generale nel quale vengono definiti gli obiettivi, la pianificazione e la programmazione delle cure domiciliari che intende garantire, identificandone la tipologia ai sensi dell'articolo 22 "Cure domiciliari" del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, raccordandosi con l'Azienda sanitaria per i sistemi di relazione con i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, i servizi di continuità delle cure, delle dimissioni protette, Infermiere di famiglia e di comunità, la centrale operativa territoriale;
- b) svolgere le proprie attività coordinandosi con le reti assistenziali previste dalla normativa regionale, secondo le modalità previste dall'Azienda sanitaria locale di riferimento, tra cui la rete delle cure palliative, la rete della terapia del dolore, la rete delle cure palliative e della terapia del dolore pediatrica;
- c) definire il proprio organigramma/funzionigramma, che identifica le attività, le

- responsabilità/funzioni;
- d) disporre di una pianta organica in cui sono riportati i nominativi del personale in servizio, la tipologia di rapporto di lavoro, la qualifica e le competenze specifiche secondo quanto previsto dal modello regionale;
 - e) definire le modalità di rivalutazione periodica del sistema organizzativo secondo quanto stabilito a livello regionale;
 - f) elaborare e adottare un regolamento del personale;
 - g) adottare strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti;
 - h) garantire che il Piano di Assistenza Individuale sia redatto dall'apposita unità di valutazione multidimensionale ai sensi dell'art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017;
 - i) garantire che il Piano di Assistenza Individuale sia puntualmente aggiornato dall'equipe di cura in relazione alla modifica dei bisogni;
 - j) garantire che il Piano di Assistenza Individuale contenga:
 - j)1 la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali;
 - j)2 l'identificazione degli obiettivi di salute;
 - j)3 la pianificazione delle attività;
 - j)4 la definizione delle attività e delle prestazioni da erogare;
 - j)5 le figure professionali coinvolte e il referente del caso;
 - j)6 il caregiver della persona assistita;
 - j)7 gli aggiornamenti effettuati sulla base della rivalutazione periodica dei bisogni;
 - k) verificare che le attività previste vengano effettuate;
 - l) adottare, coerentemente con quanto previsto dall'articolo 22 del DPCM 12 gennaio 2017 in merito ai livelli di intensità assistenziale, il fascicolo sanitario domiciliare informatizzato, integrato secondo standard di interoperabilità con il fascicolo sanitario elettronico e periodicamente aggiornato, che comprenda, oltre a quanto previsto dal requisito autorizzativo di cui all'art. 2, comma 3, capoverso 3.2, punto 3.2.1. l):
 - l)1 il PAI con tutti gli elementi descritti ai precedenti punti da g) a k);
 - l)2 le conclusioni del colloquio di presa in carico;
 - l)3 elementi di rischio specifici del paziente;
 - l)4 le attività e le prestazioni erogate;
 - l)5 le rivalutazioni periodiche e i relativi esiti;
 - l)6 la data e le motivazioni della chiusura del PAI;
 - l)7 il documento di dimissione;
 - m) garantire la compilazione e la disponibilità presso il domicilio della persona assistita del diario assistenziale che deve contenere, in conformità con il requisito autorizzativo di cui all'art. 2, comma 3, capoverso 3.2, punto 3.2.1. l), la parte della valutazione, della pianificazione, i tempi di durata del PAI e le modalità di verifica, le modalità di dimissione, la tracciabilità degli operatori che hanno effettuato valutazioni e prestazioni;
 - n) assicurare la corretta compilazione del fascicolo sanitario domiciliare e del diario assistenziale che devono contenere tutti gli elementi previsti anche per assolvere al debito informativo regionale e nazionale;
 - o) assicurare la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività e prestazioni erogate;
 - p) attuare le procedure regionali indicate per implementare il Sistema Informativo per il monitoraggio delle cure domiciliari (SIAD-NSIS);
 - q) garantire la consegna della copia della documentazione sanitaria alla persona assistita o

- a chi ne ha diritto nei tempi definiti dalle indicazioni nazionali e regionali;
- r) elaborare un piano annuale per il miglioramento della qualità dei servizi in cui vengono descritti gli obiettivi, le attività previste, gli indicatori per il monitoraggio tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali. Il piano per il miglioramento della qualità deve tenere conto delle criticità emerse dall'analisi dei reclami e dei disservizi;
 - s) relazionare annualmente in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi.

2. Prestazioni e servizi

2.1 L'Organizzazione deve:

- a) erogare le prestazioni comprese nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza indicando le tipologie (cure domiciliari di base, di I, di II, di III livello);
- b) definire, sulla base delle indicazioni regionali e aziendali, una Carta dei servizi (in conformità al requisito autorizzativo di cui di cui all'art. 2, comma 3, capoverso 3.2, punto 3.2.1. b) che assicuri la piena informazione circa l'assetto organizzativo, i servizi erogati in rapporto ai livelli assistenziali, il target/tipologia dei pazienti, le modalità erogative, le modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari e la gestione delle urgenze. La Carta dei servizi deve indicare, altresì, le modalità e la tempistica per l'accesso alla documentazione sanitaria nonché le modalità di verifica per il miglioramento continuo della qualità;
- c) aggiornare la Carta dei Servizi periodicamente e ogni qualvolta intervengano modifiche sostanziali nell'erogazione dei servizi;
- d) assicurare la presa in carico dei pazienti nelle cure domiciliari integrate sulla base del PAI e della valutazione multidimensionale dei bisogni. La responsabilità clinica è attribuita al medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, in coerenza con quanto stabilito dall'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017; va assicurato il coinvolgimento degli specialisti di riferimento in relazione a quanto stabilito nel PAI;
- e) garantire la presa in carico degli assistiti secondo le indicazioni regionali e aziendali anche in merito ai criteri prioritari per l'accesso e ai tempi di attesa;
- f) adottare, a tal fine, procedure per la gestione dei percorsi e la definizione delle responsabilità;
- g) adottare un sistema di tracciabilità della presa in carico nella documentazione sanitaria;
- h) assicurare la continuità dell'assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare, così come indicato nei PAI;
- i) garantire la copertura delle cure con la loro distribuzione su 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) per le cure domiciliari di base e di primo livello e per 7 giorni settimanali per le cure domiciliari integrate di secondo e terzo livello in coerenza con quanto previsto all'art. 2, comma 3, capoverso 3.2, punto 3.2.1.d) dei requisiti autorizzativi;
- j) individuare un Referente del caso per la persona assistita, i familiari/caregiver e per gli altri operatori dell'equipe assistenziale, riportato nel fascicolo sanitario domiciliare e nel diario assistenziale;
- k) garantire, in particolare, anche con riferimento a dimissioni protette, che:
 - k)1 vi sia continuità dell'informazione, continuità gestionale e continuità relazionale, anche in caso di trasferimento e/o dimissione, attraverso la definizione di modalità strutturate e l'identificazione di appositi strumenti, da inserire nel fascicolo sanitario domiciliare o nel diario assistenziale;
 - k)2 la documentazione sanitaria della persona assistita sia a disposizione degli operatori coinvolti nel PAI;
- l) effettuare l'analisi di eventi avversi, incidenti, near misses accaduti durante la cura, anche tramite

- audit, e adottare modalità per dare evidenza dei risultati agli operatori;
- m) attenersi alle modalità previste dall'Azienda sanitaria per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, degli specialisti e di eventuali servizi distrettuali/aziendali coinvolti nel processo di cura;
 - n) mettere in atto iniziative per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate;
 - o) adottare un sistema di monitoraggio e di valutazione quali-quantitativa delle attività erogate, in particolare in merito ai criteri di eleggibilità del paziente, di presa in carico e di continuità assistenziale, in aderenza alle indicazioni e agli indicatori previsti dalla Regione;
 - p) adottare modalità di misurazione delle prestazioni al fine di gestire e migliorare l'attività;
 - q) adottare procedure per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo;
 - r) analizzare i risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria e attuare eventuali azioni correttive;
 - s) formalizzare e attuare procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria.

3. Aspetti strutturali

3.1 l'Organizzazione deve:

- a) disporre di una sede operativa sita nel territorio della Azienda sanitaria nella quale esercita l'attività domiciliare;
- b) essere dotata di una segreteria operativa che garantisca la continuità del servizio, in coerenza con quanto previsto all'art. 2, comma 3, capoverso 3.2, punto 3.2.1.d) dei requisiti organizzativi;
- c) garantire che la sede operativa sia dotata dei locali e degli spazi idonei in rapporto alla tipologia dell'attività svolta (oltre ai requisiti previsti in sede di autorizzazione, deve essere presente un locale per il colloquio con le persone assistite e i familiari anche coincidente con quello previsto per le riunioni di equipe);
- d) assicurare la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e l'ambiente di lavoro;
- e) garantire:
 - e)1 che nella sede operativa sia presente una linea telefonica dedicata per le persone assistite, i familiari e per gli operatori (anche attraverso un numero verde per facilitare le modalità di contatto degli assistiti con il servizio);
 - e)2 la dotazione di un telefono mobile per ogni operatore, che possa fungere anche da strumento informatico per la trasmissione dei dati;
- f) garantire la presenza nella sede operativa di una dotazione informatica con:
 - f)1 personal computer dedicati all'attività;
 - f)2 almeno una stampante dedicata all'attività;
 - f)3 una connessione internet;
 - f)4 dispositivi tecnologici utili alla trasmissione da remoto dei dati per il monitoraggio dell'assistenza, relativi alle prestazioni erogate in funzione degli obiettivi del PAI;
 - f)5 dispositivi digitali per l'erogazione di servizi a distanza (telemedicina), specifiche per le tipologie di prestazioni che si intendono effettuare in tali modalità (telemonitoraggio; telecontrollo medico; teleassistenza e altro), ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 e delle normative vigenti;
- g) garantire la presenza di una dotazione di materiali sanitari in relazione al livello di cure domiciliari da svolgere, come da indicazioni dell'Azienda sanitaria;

- h) attenersi alle modalità aziendali della erogazione per i farmaci, le apparecchiature elettromedicali e i presidi necessari all'attività domiciliare.

4. Competenze del personale

4.1 L'Organizzazione deve:

- a) garantire l'individuazione di un responsabile della formazione;
- b) garantire la definizione di un piano annuale di formazione che preveda la rilevazione dei fabbisogni formativi, la programmazione delle attività formative, la valutazione dell'efficacia delle stesse e della soddisfazione da parte del personale;
- c) curare la formazione negli ambiti specifici richiamati ai successivi punti d), e), f), g) (nuovo personale), al successivo capoverso 6, punti c) e d) (procedure), al successivo capoverso 8 (umanizzazione);
- d) mettere in atto un piano di inserimento e affiancamento/addestramento per il nuovo personale;
- e) formalizzare e mettere in atto un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti;
- f) adottare e mettere in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico e occupazionale per il nuovo personale entro il 1° anno;
- g) prevedere una valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento del nuovo personale e il loro eventuale miglioramento;
- h) elaborare un piano di valutazione periodico (annuale) del personale che tenga conto delle capacità relazionali e di comunicazione e delle competenze tecniche nell'ottica del miglioramento del servizio e della crescita professionale.

5. Comunicazione

5.1 L'organizzazione deve:

- a) mettere in atto meccanismi operativi che favoriscano la comunicazione tra gli operatori del servizio e azioni per un eventuale miglioramento, anche con la programmazione e l'effettuazione di regolari riunioni di equipe;
- b) effettuare indagini periodiche di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori;
- c) facilitare momenti di analisi e confronto sulle criticità;
- d) attuare una procedura per garantire modalità efficaci di comunicazione con pazienti e familiari/caregiver;
- e) definire, attuare e documentare procedure di informazione alla persona assistita e ai suoi familiari/caregiver sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle complicanze e dei rischi correlati all'assistenza (infezioni, cadute, ecc.), sulla somministrazione della terapia e sulla gestione di dispositivi, protesi e ausili;
- f) adottare modalità operative finalizzate a preservare e favorire i rapporti fiduciosi tra le persone assistite e gli operatori anche contenendo il turn over del personale;
- g) garantire che la persona assistita e i familiari/caregiver siano coinvolti nella definizione del piano assistenziale;
- h) garantire che venga prevista una rivalutazione periodica del Piano di assistenza individuale (PAI), condivisa con le persone assistite, i familiari/caregiver e il Medico di medicina generale o il Pediatra di libera scelta;
- i) mettere in atto un sistema per la valutazione dell'efficacia delle modalità di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e familiari/caregiver anche mediante l'utilizzo dei dati derivanti dalla gestione dei reclami e dall'elaborazione degli esiti della rilevazione su soddisfazione ed esperienza degli utenti;
- j) prevedere un colloquio di presa in carico delle persone assistite e dei familiari/caregiver, le cui

- conclusioni devono essere riportate nel fascicolo sanitario domiciliare;
- k) acquisire il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) del paziente in conformità alla normativa vigente e secondo le procedure approvate dall'Azienda sanitaria di riferimento;
 - l) prevedere strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (Customer satisfaction) anche in funzione delle disposizioni regionali.

6. Appropriatelyzza clinica e sicurezza

6.1 L'Organizzazione deve:

- a) applicare tutti i protocolli, le procedure di buona pratica professionale e le istruzioni operative presenti nell'Azienda sanitaria di riferimento, formulati secondo i principi della Evidence based Practice (EBP), corredati di indicatori di esito;
- b) garantire l'accessibilità del personale alla raccolta aggiornata di regolamenti interni, linee guida e documenti di riferimento nazionali e internazionali;
- c) applicare procedure operative uniformi sulla base delle attività svolte, formulate attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura e azioni sistematiche di verifica della qualità e sicurezza, nonché alle indicazioni regionali e aziendali, almeno per l'esecuzione delle principali manovre strumentali e per la gestione dei dispositivi in uso, quali:
 - c)1 prevenzione e gestione delle lesioni da pressione;
 - c)2 prevenzione e gestione della sindrome da immobilizzazione;
 - c)3 prevenzione delle cadute (inclusa la valutazione del rischio);
 - c)4 somministrazione delle terapie farmacologiche;
 - c)5 somministrazione della terapia trasfusionale;
 - c)6 valutazione della condizione nutrizionale e gestione dei presidi per la nutrizione artificiale;
 - c)7 gestione di cateteri vescicali, stomie, sondini naso-gastrici e cateteri venosi;
 - c)8 valutazione e gestione del dolore, anche mediante l'integrazione con le reti di terapia del dolore o delle cure palliative quando necessario;
- d) garantire il periodico aggiornamento delle procedure (almeno triennale);
- e) elaborare sulla base della valutazione del rischio, già prevista nei requisiti per l'autorizzazione (art. 2, comma 3, capoverso 3.2, punto 3.2.1 g), h), i) j), il piano per la gestione del rischio clinico, che deve essere rivalutato in sede di rilascio e di rinnovo dell'accreditamento, in cui vengono definiti gli obiettivi, le attività per la riduzione dei rischi e gli indicatori per il monitoraggio;
- f) definire le modalità per la partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico.

7. Processi di miglioramento e innovazione

7.1 L'Organizzazione deve:

- a) definire, formalizzare e diffondere a tutto il personale il programma annuale per il miglioramento della qualità dei servizi e della sicurezza, comprensivo dei relativi indicatori;
- b) predisporre strumenti adeguati, che consentono di acquisire e, quindi, utilizzare le innovazioni tecnologiche e organizzative previste dall'Azienda sanitaria di riferimento, compresa la Telemedicina, nell'ottica di un costante miglioramento qualitativo dei servizi erogati e tenendo conto anche dei fabbisogni emergenti nell'ambito dell'equipe curante.

8. Umanizzazione

8.1 L'Organizzazione deve:

- a) garantire la presenza di una costante formazione del personale centrata sulla qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari/caregiver nonché sulle abilità procedurali di counseling (es. empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di “cattive notizie”);
- b) attuare modalità concordate con l’Azienda sanitaria per il supporto psicologico delle persone fragili;
- c) vigilare affinché il personale operi nel rispetto della dignità delle persone assistite tenendo conto delle differenti esigenze correlate ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, e anche delle specificità religiose e culturali.

Articolo 4

Definizione del fabbisogno e procedure di accreditamento

1. Con deliberazione di Giunta regionale è definito il fabbisogno per provincia utile al rilascio dell’accreditamento istituzionale, ai sensi della L.R. n. 9/2017 e ss.mm.ii
2. Con deliberazione di Giunta regionale sono definite le procedure per il rilascio dell’accreditamento istituzionale.

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 22 maggio 2023

EMILIANO

REGOLAMENTO REGIONALE 22 maggio 2023, n. 8

“Regolamento della scuola regionale di protezione civile”.

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° 618 del 08/05/2023 di adozione del Regolamento;

EMANA IL SEGUENTE REGOLAMENTO

Art. 1

Oggetto

1. Il presente regolamento disciplina l’organizzazione e il funzionamento della Scuola regionale di protezione civile, di seguito “Scuola”, per lo svolgimento delle iniziative e delle attività rientranti nei fini istituzionali della stessa, secondo quanto previsto dall’articolo 15, co. 2, lett. b) della legge regionale n. 53 del 12 dicembre 2019 (Sistema regionale di protezione civile) e dall’articolo 53 della legge regionale n. 32 del 29 dicembre 2022 (Legge di stabilità regionale 2023).

Art. 2

Finalità

1. La Scuola, in coerenza con le finalità di pubblica utilità della protezione civile, opera secondo le disposizioni del presente regolamento e sulla base degli indirizzi generali definiti dalla Giunta regionale della Puglia, anche – ove possibile e se del caso, per ottimizzare l’uso delle risorse – di concerto con la Scuola regionale di Polizia Locale, istituita con DGR n. 1701/2018 ed operante presso la Sezione Enti locali.
2. Sulla base del Piano annuale di cui al successivo art. 3 e delle disponibilità finanziarie, la Scuola cura in particolare:
 - a. la formazione permanente in materia di protezione civile standardizzando i processi di formazione per accrescere la professionalità e la competenza di funzionari, volontari e di tutti coloro che partecipano ai corsi;
 - b. la sensibilizzazione e la diffusione della cultura di protezione civile;
 - c. la diffusione presso la popolazione delle informazioni concernenti i rischi presenti sul territorio regionale e dei comportamenti da tenere al verificarsi di un evento calamitoso.
3. L’attività formativa, informativa, comunicativa ed educativa della Scuola ha le seguenti finalità:
 - a. standardizzare i processi di formazione per accrescere la professionalità e la competenza di funzionari, operatori, volontari e, in generale, di quanti partecipano ai corsi e fornire una

- base comune e condivisa di conoscenze in modo che tutti i soggetti impegnati in attività di protezione civile comprendano i linguaggi e adottino gli stessi atteggiamenti e comportamenti, facilitando l'azione di coordinamento;
- b. rafforzare le motivazioni e le ragioni dell'impegno nella protezione civile, professionalizzando gli operatori chiamati istituzionalmente ad intervenire;
 - c. favorire la conoscenza reciproca per assicurare le necessarie sinergie operative fra soggetti diversi che operano sia nel campo della previsione e prevenzione che dell'emergenza e del post-emergenza;
 - d. fornire una conoscenza di base unitaria e omogenea da trasferire a livello informativo alla popolazione della regione.
4. La Scuola promuove e organizza attività e programmi di informazione, comunicazione, formazione, addestramento e aggiornamento, stages, giornate di studio e di esercitazione in campo in materia di protezione civile, rivolti a:
- a. personale dell'Amministrazione regionale coinvolto a vario titolo nel sistema di protezione civile;
 - b. Amministratori e personale degli Enti Locali che si occupano della protezione civile e/o che a vario titolo sono coinvolti nella materia;
 - c. responsabili delle organizzazioni di volontariato;
 - d. volontari della protezione civile;
 - e. alunni delle scuole di ogni ordine e grado;
 - f. categorie professionali interessate ad una formazione specifica in attività di competenza della protezione civile, da svolgersi a titolo volontario;
 - g. popolazione in genere.
5. La Scuola è dotata di aule attrezzate per lo svolgimento dei corsi e si avvale di spazi interni ed esterni per consentire lo svolgimento di esercitazioni pratiche e di attività formative, dimostrative, ricettive e logistiche.
6. La Scuola assicura la comunicazione delle proprie iniziative e rende disponibili contenuti informativi attraverso una pagina dedicata nell'ambito del sito web della Protezione Civile.
7. La Scuola svolge la propria attività, sulla base di specifici accordi e convenzioni, anche in collaborazione con altre Amministrazioni, Enti locali, nazionali e comunitari, Enti di diritto pubblico e privato, o con il Dipartimento nazionale della protezione civile, il Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, il Corpo Forestale dello Stato, le Soprintendenze per la Tutela e la Salvaguardia dei Beni culturali, altre Scuole regionali di protezione civile, le Istituzioni universitarie e gli Ordini professionali (es. Ordine degli Ingegneri, Architetti e Geologi).
8. La Scuola, nel rispetto del codice degli appalti, può acquisire da operatori economici qualificati, operanti nel settore della formazione, i servizi e i beni necessari all'erogazione delle proprie attività formative comunque denominate, quali docenze, attività di tutoraggio, materiale didattico e per esercitazioni, aule, attrezzature e quant'altro in genere occorrente per avere l'attività di formazione completa. La Scuola opera anche utilizzando i sistemi di formazione a distanza.
9. La Scuola, per le proprie finalità, può avvalersi di organismi di formazione professionale accreditati ai sensi della normativa vigente in materia, nonché di esperti del Servizio nazionale o del Sistema regionale di Protezione Civile o di altre Scuole regionali di protezione civile, sulla base di accordi o convenzioni sottoscritti previa autorizzazione della Giunta regionale.
10. Restano in capo al Dipartimento regionale personale e organizzazione le competenze relative all'analisi dei fabbisogni formativi del personale regionale, anche appartenente al sistema di protezione civile, e alla progettazione, gestione e monitoraggio degli interventi formativi per il personale dirigente e per quello del comparto.

Art. 3**Piano annuale di formazione di protezione civile**

1. La Scuola opera attraverso il Piano annuale di formazione che definisce i progetti dei corsi e delle altre iniziative da realizzare durante l'anno. Ciascun progetto di formazione/ aggiornamento, con o senza esame finale, incluso nel Piano definisce:
 - a) gli obiettivi formativi;
 - b) l'area di contenuto formativo;
 - c) i destinatari.
2. Il Piano annuale di formazione individua anche le risorse finanziarie necessarie per l'organizzazione e lo svolgimento dei corsi.
3. Il Piano è approvato con determina del dirigente regionale competente che ne verifica la conformità ai principi di legge e alle disposizioni del presente regolamento, la congruità della spesa e della copertura finanziaria avuto riguardo alle somme stanziare dal bilancio regionale e delle eventuali ulteriori entrate che affluiscono. Il Piano, a seguito di approvazione, è pubblicato presso la sede della Scuola nonché nell'apposita sezione del sito web.
4. Nel rispetto del Piano annuale, possono essere previsti progetti e attività da svolgersi, anche in forma associata o in convenzione con altre p.a., con dotazione finanziaria ulteriore e diversa da quella minima prevista dal bilancio autonomo della Regione, grazie all'accesso a fondi nazionali, europei ed internazionali.

Art. 4**Organizzazione e funzionamento**

1. La Scuola ha sede legale in Bari presso gli uffici della Sezione Protezione Civile del Dipartimento Protezione Civile e Gestione Emergenze.
2. La Giunta regionale garantisce le risorse umane, strumentali e finanziarie necessarie per il funzionamento della Scuola.
3. La struttura organizzativa e di supporto della Scuola è così composta:
 - a) Direttore della Scuola;
 - b) Comitato didattico;
 - c) Segretario amministrativo;
 - d) Tutors.
4. Il Comitato didattico è composto dal:
 - a) Direttore del Dipartimento protezione civile e gestione emergenze, che lo presiede, o suo delegato;
 - b) Presidente del Comitato regionale di Protezione Civile;
 - c) Dirigente della Sezione Protezione Civile;
 - d) Dirigente del Servizio previsione e prevenzione dei rischi e gestione post-emergenze;
 - e) Segretario amministrativo, con funzioni di segreteria e di supporto.
5. Il Segretario amministrativo è un dipendente regionale di categoria D individuato con atto scritto dal Direttore del Dipartimento protezione civile e gestione emergenze tra il personale assegnato alla Sezione protezione civile, su proposta del Dirigente della medesima Sezione.
6. I Tutors sono individuati dal Dirigente della protezione civile tra i dipendenti regionali in possesso di adeguata qualificazione professionale.
7. I componenti del Comitato Didattico svolgono le proprie funzioni nell'esercizio dei compiti istituzionali

d'ufficio. Ad essi e al personale facente parte della struttura organizzativa e di supporto della Scuola (Segretario e Tutors) non spettano compensi o indennità di alcun genere.

8. Il Comitato didattico può avvalersi del contributo di specifiche professionalità ove ritenuto necessario per le finalità della Scuola, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 7 comma 6 del D.Lgs. n. 165/2001.

Art. 5

Compiti del direttore della scuola

1. Il Direttore della Scuola è il dirigente pro-tempore della Sezione Protezione Civile.
2. Il Direttore della Scuola svolge i seguenti compiti:
 - a) approva con determina il Piano annuale di formazione su proposta del Comitato Didattico di cui all'art. 7 del presente Regolamento con l'allegato preventivo dei costi, indicante - tra l'altro - l'ammontare massimo dei corrispettivi e compensi da corrispondere per le specifiche attività formative, commisurati alla complessità dell'attività e alla qualificazione professionale dei soggetti individuati;
 - b) sovrintende a tutte le attività della Scuola e provvede con proprie determinazioni alla liquidazione delle spese;
 - c) relaziona sull'andamento della Scuola e delle attività;
 - d) assicura la realizzazione del piano annuale di formazione nonché la gestione delle attività di formazione secondo le deliberazioni del Comitato Didattico;
 - e) promuove sinergie e integrazioni con organismi, enti e istituzioni facenti parte del sistema di protezione civile per migliorare e omogeneizzare la qualità dei percorsi formativi e stipula all'occorrenza con essi convenzioni e protocolli d'intesa;
 - f) nomina le commissioni esaminatrici dei corsi per i quali è prevista una valutazione finale delle competenze acquisite: le commissioni sono costituite nel rispetto della parità di genere da tre componenti, di cui uno con funzioni di Presidente, dai docenti del corso che non siano componenti dell'organo di direzione politica della amministrazione, che non ricoprano cariche politiche e che non siano rappresentanti sindacali o designati dalle confederazioni ed organizzazioni sindacali o dalle associazioni professionali;
 - g) convoca il Comitato didattico;
 - h) predispone e aggiorna la modulistica da utilizzarsi per le attività formative, ivi compresi gli attestati di partecipazione e quelli di superamento dell'esame finale dei corsi;
 - i) certifica le competenze professionali in conformità agli standard definiti.
3. Per le attività di cui al comma 2, il dirigente della Sezione Protezione Civile può delegare personale regionale nel rispetto delle disposizioni in materia di delega di cui all'art. 45, commi 2 e 3, della Legge Regionale 16 aprile 2007 n. 10.

Art. 6

Compiti del segretario amministrativo

1. Il Segretario amministrativo è il responsabile dei procedimenti amministrativi di interesse della Scuola ai sensi della vigente legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i..
2. Al Segretario amministrativo sono altresì attribuiti i seguenti compiti:
 - a. redige e custodisce i verbali delle riunioni del Comitato Didattico;
 - b. istruisce gli atti di competenza del Direttore, ivi compresa la stipulazione dei contratti di fornitura di beni, servizi e prestazioni di opera per il regolare svolgimento delle attività della Scuola;

- c. sovrintende alle attività dei tutors;
- d. elabora gli esiti dei questionari di gradimento somministrati alla fine dell'attività formativa e li sottopone al Comitato Didattico;
- e. redige, registra e rilascia gli attestati di partecipazione in esito ai corsi organizzati dalla Scuola, custodendone un esemplare in originale;
- f. tiene e custodisce il registro degli attestati e gli elenchi dei partecipanti, cura l'archivio del materiale didattico;
- g. cura l'aggiornamento della pagina web di cui all'art. 2, co. 6, dedicata alla Scuola;
- h. assicura lo svolgimento delle attività programmate nell'ambito del Piano secondo il calendario previsto;
- i. svolge le altre attività e compiti attribuitigli dal Dirigente della Sezione protezione civile nella quale è incardinato.

Art. 7

Compiti del comitato didattico

1. Il Comitato Didattico si riunisce su convocazione del Presidente e svolge i seguenti compiti:
 - a. redige il Piano annuale di formazione della Scuola;
 - b. definisce l'organizzazione interna, le risorse umane, strumentali e finanziarie necessarie per l'attuazione del Piano;
 - c. cura il coordinamento didattico e metodologico dei progetti formativi, anche attraverso la proposta di acquisizione di beni e servizi esterni all'Amministrazione o di individuazione dei docenti e la validazione del materiale didattico/dispense forniti dai docenti del corso, anche al fine di garantire l'adeguata professionalità, competenza ed esperienza dei docenti/formatori;
 - d. predispone ed aggiorna i programmi minimi standard per ognuna delle diverse tipologie di formazione, con l'obiettivo di assicurare l'uniformità e garantire la qualità degli interventi, mediante un'equilibrata segmentazione delle materie delle aree tematiche di riferimento, connessa ad un numero di ore minimo di lezione per ogni argomento in modo tale da assicurare la completezza dei temi trattati, rispetto ad ogni tipo di corso, secondo le indicazioni del successivo articolo 9;
 - e. stabilisce il numero, la qualifica e la categoria di inquadramento dei tutors necessari per ciascuna attività e definisce l'impegno lavorativo richiesto, anche in termini temporali;
 - f. valuta gli esiti delle attività formative attraverso appositi questionari di gradimento da somministrare ai partecipanti ai corsi, tenendone conto ai fini della programmazione futura.
2. Il Comitato in sede di redazione dei progetti formativi può avvalersi, per ambito d'interesse, della collaborazione dei rappresentanti dei soggetti di cui al comma 4 dell'art. 2.
3. Le sedute del Comitato Didattico sono valide con la presenza di almeno due componenti, oltre al Presidente e al Segretario amministrativo che assiste e verbalizza senza diritto di voto.
4. Le decisioni del Comitato Didattico sono adottate a maggioranza dei presenti; in caso di parità di voti, prevale il voto del Presidente.

Art. 8

Compiti del tutor

1. I tutors forniscono supporto e collaborazione al Segretario amministrativo nello svolgimento delle attività e delle mansioni spettantigli, in particolare quelle riguardanti:

- a. l'organizzazione, la logistica ed il regolare svolgimento dei progetti formativi ed iniziative comunque denominati promossi ed avviati dalla Scuola;
- b. la tenuta, la compilazione del registro delle presenze e dei questionari di gradimento dell'attività formativa e, al termine del corso, la trasmissione della documentazione in originale per gli adempimenti e le verifiche consequenziali da parte del Direttore;
- c. la segnalazione tempestiva al Direttore delle eventuali anomalie e problematiche (di gruppo, di disciplina, di apprendimento) rilevata che richieda tempestivi interventi correttivi;
- d. la compilazione, la registrazione per progressivo annuale ed il rilascio degli attestati di partecipazione a coloro che abbiano seguito il corso senza superare il limite di assenze consentito.

Art. 9

Valutazione dei partecipanti ai corsi

1. Quando sia prevista dal progetto formativo o dal programma del corso la valutazione delle conoscenze acquisite dai partecipanti, la valutazione è effettuata mediante una o più delle seguenti prove finali o in itinere: prova pratica o questionari a risposta a multipla o a risposta sintetica.
2. La valutazione si conclude con il seguente esito: "idoneo"/"non idoneo". Ove sia previsto un giudizio finale di merito per gli idonei, esso è espresso numericamente con attribuzione di un punteggio da 6 a 10, con la "sufficienza" corrispondente al punteggio di "6/10". In caso di svolgimento di più prove, ai fini del giudizio finale di idoneità il partecipante deve conseguire l'idoneità in ciascuna prova; in tal caso, l'eventuale giudizio di merito finale sarà dato dalla media aritmetica dei punteggi conseguiti in ciascuna prova, con arrotondamento per difetto o per eccesso.
3. Il Presidente della Commissione esaminatrice trasmette gli atti finali delle attività di valutazione al Dirigente della Sezione protezione civile per l'approvazione.

Art. 10

Attestato di partecipazione ai corsi

1. A garanzia del raggiungimento degli obiettivi formativi previsti, l'attestato di partecipazione ai corsi organizzati dalla Scuola è rilasciato ai partecipanti che abbiano seguito almeno il 75% delle ore di corso e il 100% delle ore di lezione espressamente indicate come essenziali nel programma del corso.
2. Gli attestati di partecipazione sono firmati dal Segretario amministrativo della Scuola; essi riportano almeno il nominativo del partecipante, il luogo e la data di nascita, la denominazione e la durata del corso, le date e la sede di svolgimento del corso, l'esito della valutazione conseguita, se prevista.

Art. 11

Norme di comportamento ed elementi di deontologia ed etica professionale

1. I formatori e i partecipanti, il personale amministrativo e tecnico della Scuola sono tenuti all'interno e all'esterno di essa ad assumere comportamenti e stili di comunicazione consoni alla missione propria della Scuola e della protezione civile, al rispetto dei ruoli e delle differenze di genere, culturali e religiose e del principio di non discriminazione.

Art. 12
Risorse finanziarie

1. Le attività della Scuola regionale di protezione civile sono finanziate attraverso:
 - a) i fondi annualmente stanziati nel bilancio autonomo regionale;
 - b) eventuali fonti di finanziamento UE, statali, regionali e degli enti locali, anche in forma associata.

Art. 13
Disposizioni finali

1. Per quanto non espressamente previsto dal presente Regolamento si fa rinvio alle disposizioni legislative e regolamentari, nazionali e comunitarie vigenti in materia.

Art. 14
Entrata in vigore

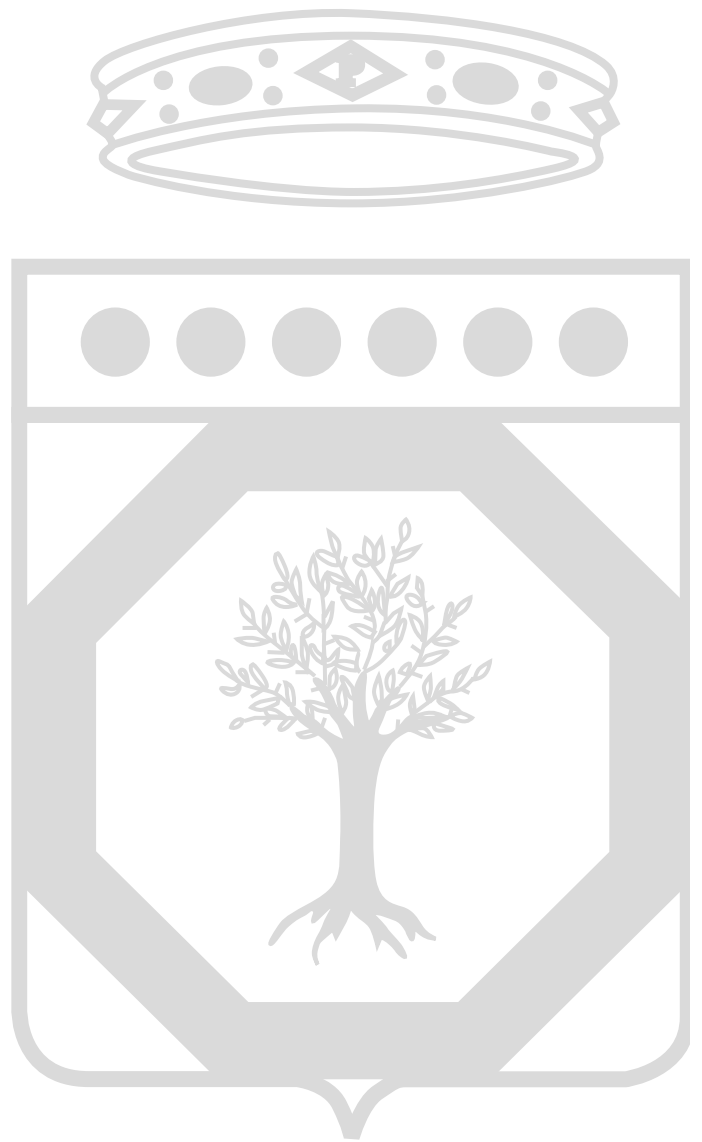
1. Il presente Regolamento è pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 1, della legge regionale 12 maggio 2004, n. 7 (Statuto della Regione Puglia) ed entra in vigore dalla data di pubblicazione.

Il presente regolamento è dichiarato urgente e sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione ai sensi e per gli effetti dell'articolo 53, comma 1 della L.R. 12/05/2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia" ed entra in vigore dalla data di pubblicazione.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come regolamento della Regione Puglia.

Dato a Bari, addì 22 maggio 2023

EMILIANO



BOLLETTINO UFFICIALE

della Regione Puglia

Direzione e Redazione: Lungomare Nazario Sauro, 33 - 70121 Bari

Tel. 080 540 6372 / 6524

Sito internet: <http://burp.regione.puglia.it>

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)