

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA REGIONE PUGLIA

Sped. in abb. Postale, Art. 2, comma 20/c - Legge 662/96 - Aut. DC/215/03/01/01 - Potenza

Anno XXXIII

BARI, 23 DICEMBRE 2002

N. 162

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

Nella 1ª parte si pubblicano: Leggi e Regolamenti regionali, Ordinanze e sentenze della Corte Costituzionale e di Organi giurisdizionali, Circolari aventi rilevanza esterna, Deliberazioni del Consiglio regionale riguardanti l'elezione dei componenti l'Ufficio di presidenza dell'Assemblea, della Giunta e delle Commissioni permanenti.

Nella 2ª parte si pubblicano: le deliberazioni del Consiglio regionale e della Giunta; i Decreti del Presidente, degli Assessori, dei funzionari delegati, di pubbliche autorità; gli avvisi, i bandi di concorso e le gare di appalto.

Gli annunci, gli avvisi, i bandi di concorso, le gare di appalto, sono inseriti nel Bollettino Ufficiale pubblicato il giovedì.

Direzione e Redazione - Presidenza Giunta Regionale - Lungomare N. Sauro, 33 - 70121 Bari - Tel. 0805406316-0805406317-0805406372 - Uff. abbonamenti 0805406376 - Fax 0805406379.

Abbonamento annuo di € 134,28 tramite versamento su c.c.p. n. 18785709 intestato a Regione Puglia - Ufficio Bollettino Ufficiale - Lungomare N. Sauro, 33 - Bari. Prezzo di vendita € 1,34. I versamenti per l'abbonamento effettuati entro il 15° giorno di ogni mese avranno validità dal 1° giorno del mese successivo; mentre i versamenti effettuati dopo il 15° giorno e comunque entro il 30° giorno di ogni mese avranno validità dal 15° giorno del mese successivo.

Gli annunci da pubblicare devono essere inviati almeno 3 giorni prima della scadenza del termine utile per la pubblicazione alla Direzione del Bollettino Ufficiale - Lungomare N. Sauro, 33 - Bari.

Il testo originale su carta da bollo da € 10,33, salvo esenzioni di legge, deve essere corredato da 1 copia in carta uso bollo e dall'attestazione del versamento della tassa di pubblicazione prevista.

L'importo della tassa di pubblicazione è di € 154,94 oltre IVA al 20% (importo totale € 185,93) per ogni inserzione il cui contenuto non sia superiore, nel testo, a quattro cartelle dattiloscritte pari a 100 righe per 60 battute (o frazione) e di € 11,36 oltre IVA (importo totale € 13,63) per ogni ulteriore cartella dattiloscritta di 25 righe per 60 battute (o frazione).

Il versamento dello stesso deve essere effettuato sul c.c.p. n. 18785709 intestato a Regione Puglia - Ufficio Bollettino Ufficiale Bari. Non si darà corso alle inserzioni prive della predetta documentazione.

LE PUBBLICAZIONI SONO IN VENDITA PRESSO LA LIBRERIA UNIVERSITÀ E PROFESSIONI SRL - VIA CRISANZIO 16 - BARI; LIBRERIA PIAZZO - PIAZZA VITTORIA, 4 - BRINDISI; CASA DEL LIBRO - VIA LIGURIA, 82 - TARANTO; LIBRERIA PATIERNO ANTONIO - VIA DANTE, 21 - FOGGIA; LIBRERIA MILELLA - VIA PALMIERI 30 - LECCE.

SOMMARIO

PARTE PRIMA

Leggi e Regolamenti Regionali

REGOLAMENTO REGIONALE 20 DICEMBRE 2002 N. 8

“Regolamento di organizzazione e funzionamento delle RSA”.

Pag. 12654

REGOLAMENTO REGIONALE 20 DICEMBRE 2002 N. 9

“Regolamento regionale: Art. 3, comma 1 bis, del D.Lgs.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Principi, criteri ed indirizzi per l'adozione dell'atto aziendale”.

Pag. 12669

PARTE PRIMA

Leggi e Regolamenti Regionali

REGOLAMENTO REGIONALE 20 DICEMBRE
2002 N. 8

“Regolamento di organizzazione e funzionamento delle RSA”.

PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

Visto l'art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla legge Costituzionale 22/11/1999, n.1, nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta Regionale l'emanazione dei Regolamenti regionali;

Vista la delibera di Giunta Regionale n.210 del 19/3/2002 con la quale si approva il Regolamento regionale di organizzazione e funzionamento delle RSA;

E M A N A

Il seguente Regolamento :

Indice

1. Definizione delle residenze sanitarie assistenziali	12654
2. Destinatari delle RSA	12654
3. Requisiti di carattere strutturale, tecnologico ed organizzativo	12655
4. Organizzazione e funzionamento delle RSA	12655
5. Prestazioni	12656
6. Personale	12658
7. Regolamento interno	12658
8. Strumenti operativi	12659
9. Modalità di accesso e dimissioni	12659
10. Unità Valutativa Territoriale	12660
11. Autorizzazione e relative procedure ...	12660

12. Progettazione	12662
13. Obblighi del titolare dell'autorizzazione	12663
14. Procedimento per l'applicazione dei provvedimenti di sospensione e revoca dell'autorizzazione e di chiusura delle RSA	12664
15. Vigilanza e controllo	12664
16. Salvaguardia dei diritti dell'utente	12665
17. Partecipazione delle associazioni di volontariato	12665
18. Comitato di partecipazione	12665
19. Criteri e modalità per la stipula degli accordi contrattuali e/o di collaborazione	12666
20. Diarie e concorso dell'utente o dei Comuni di residenza al costo delle prestazioni	12667

1. Definizione delle residenze sanitarie assistenziali

- Le residenze sanitarie assistenziali (di seguito denominate RSA) sono strutture sanitarie residenziali extraospedaliere, gestite da soggetti pubblici o privati, organizzate per nuclei o moduli funzionali, finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale e di inserimento sociale nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone, non assistibili a domicilio, 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 all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.
- Nell'ambito delle RSA sono organizzati, ove possibile, anche servizi semiresidenziali diretti a persone parzialmente autosufficienti o non autosufficienti.

2. Destinatari delle RSA.

Nelle RSA sono ospitate:

- (a) persone non più in età evolutiva portatrici di alterazioni morbose stabilizzate o morfo-funzionali, che hanno superato la fase acuta della malattia e per le quali è stato compiuto un adeguato trattamento terapeutico o di riabilitazione di tipo intensivo, ma che necessitano di trattamenti terapeutici protratti nel tempo;
- (b) persone anziane che presentano patologie cronico-degenerative che non necessitano di assistenza ospedaliera, ivi compresi soggetti affetti da patologie psico-geriatriche (demenza senile);
- (c) persone adulte colpite da handicap di natura fisica, psichica o sensoriale in condizioni di non autosufficienza o affette da malattie croniche;
- (d) persone adulte portatrici di disturbi psichiatrici in condizioni di non autosufficienza o affetti da malattie croniche, per le quali sia stata esclusa la possibilità di utilizzare altre soluzioni terapeutico-assistenziali.

Le RSA, al fine di assicurare alle persone ospitate le prestazioni più adeguate in rapporto alle loro condizioni di disabilità e di dipendenza, sono diversamente strutturate, in termini organizzativi e di dotazione di personale, in funzione delle seguenti aree di intervento, corrispondenti alle diverse aree problematiche e di bisogno:

- (a) area della senescenza, riferita a persone anziane con temporanea, totale o prevalente limitazione della propria autosufficienza, con particolare riguardo alle persone affette da malattie croniche;
- (b) area della disabilità, riferita a persone portatrici di handicap funzionale, in condizioni di notevole dipendenza, anche affette da malattie croniche;
- (c) area del disagio mentale riferita a persone portatrici di disturbi psichici, in condizioni di notevole dipendenza, anche affette da malattie croniche.

Nelle RSA direttamente gestite dalle Aziende

Unità Sanitarie Locali o in quelle private sono ospitate esclusivamente persone in possesso della residenza in uno dei comuni della Regione Puglia, salvo specifica autorizzazione della USL di appartenenza, con impegno al riconoscimento della tariffa.

3. Requisiti di carattere strutturale, tecnologico ed organizzativo

Le RSA devono essere in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi stabiliti dal DPR 14/01/1997 e dalla delibera di Giunta Regionale 14/07/1998, n. 2974.

1. L'organizzazione della RSA deve essere tale da creare le condizioni necessarie per garantire alle persone ospiti:

- (a) il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità, delle convinzioni religiose e delle abitudini quanto a ritmi di vita, attività culturali e di svago, nonché a stile abitativo permettendo agli ospiti di personalizzare l'ambiente con suppellettili e arredi propri;
- (b) la socializzazione, all'interno della RSA, anche con l'apporto e l'utilizzazione di altri servizi, delle associazioni di volontariato e degli altri organismi associativi esistenti nel territorio;
- (c) la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di recupero, anche attraverso forme di collaborazione diretta con gli operatori, coinvolgendo anche le organizzazioni di volontariato e coloro che, anche al di fuori dei rapporti di parentela, intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo.

4. Organizzazione e funzionamento delle RSA

1. Le RSA, di norma, sono organizzate in nuclei fino a venti posti-residenza e comprendono, complessivamente, sessanta posti-residenza. Ferma restando l'organizzazione per nuclei, le RSA possono comprendere fino ad un massimo

di centoventi posti-residenza in caso di strutture ubicate in zone ad alta densità abitativa ovvero qualora trattasi di procedere alla riconversione di strutture già esistenti. Le RSA possono comprendere nuclei con una ricettività complessiva inferiore ai sessanta posti-residenza in caso di strutture collegate o inserite in strutture sanitarie di ricovero e cura o in strutture socio-assistenziali per soggetti autosufficienti.

2. Le RSA ospitano persone appartenenti alla stessa area di intervento, nel qual caso sono organizzate, preferibilmente, raggruppando gli ospiti in nuclei omogenei per patologia, ovvero possono ospitare persone appartenenti a diverse aree di intervento, purché nei singoli nuclei siano ospitate persone della stessa area. Le RSA non possono destinare, di norma, più di un nucleo a persone affette da disturbi psichici e, comunque, non possono essere riservate esclusivamente a persone appartenenti all'area del disagio mentale.
3. Le RSA sono collegate funzionalmente con i servizi territoriali facenti capo alle attività socio-sanitarie del distretto, comprendenti l'assistenza medico-generica, il segretariato sociale, l'assistenza domiciliare sanitaria e socio-assistenziale, i centri a carattere residenziale diurno, anche al fine di garantire la continuità degli interventi assistenziali agli ospiti dopo la dimissione. Le RSA sono altresì collegate funzionalmente, in relazione alle specifiche patologie degli ospiti, alle strutture ospedaliere pubbliche o private, ed, in particolare, alle divisioni di geriatria, ai servizi di day-hospital e di Ospedalizzazione domiciliare nonché alle strutture specialistiche poliambulatoriali, ai servizi e ai centri territoriali di riabilitazione nonché ai dipartimenti di salute mentale.
4. Le RSA gestite dalle Aziende Unità Sanitarie Locali, al fine del contenimento dei relativi costi, devono utilizzare preferibilmente, i servizi generali delle strutture ospedaliere, in particolare, per la preparazione dei pasti, il servizio lavanderia e il servizio di pulizia, sempre che ciò sia compatibile con le modalità organizzative di tali attività.

5. Prestazioni

1. Presso le RSA devono essere garantite, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza del DPCM 29/11/01, le prestazioni che concorrono al mantenimento delle capacità funzionali residue degli ospiti ovvero al recupero dell'autonomia in relazione alla loro patologia ed in funzione del raggiungimento o mantenimento del miglior livello possibile di qualità della vita degli ospiti stessi. In particolare, nelle RSA sono erogate:
 - (a) prestazioni di medicina generale;
 - (b) prestazioni specialistiche;
 - (c) prestazioni farmaceutiche;
 - (d) prestazioni infermieristiche comprendenti, oltre alle normali prestazioni di routine (terapia iniettiva, fleboclisi, prelievi), il controllo delle prestazioni terapeutiche, la prevenzione delle infezioni e delle cadute, l'individuazione precoce delle eventuali modificazioni dello stato di salute fisica e di compromissione funzionale, l'attivazione tempestiva degli interventi necessari da parte degli altri operatori competenti;
 - (e) prestazioni riabilitative atte ad impedire gli effetti involutivi del danno stabilizzato, con particolare riguardo alla rieducazione dell'ospite allo svolgimento delle comuni attività quotidiane (deambulazione e azioni elementari di vita anche con idonei supporti) nonché alla rieducazione psico-sociale, soprattutto attraverso la terapia occupazionale;
 - (f) prestazioni di sostegno psicologico agli ospiti e concorso nella verifica dell'attuazione del progetto terapeutico individuale;
 - (g) prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare consistenti nell'aiuto all'ospite per l'igiene e la cura della propria persona e dell'ambiente;

- (h) prestazioni di prevenzione della sindrome da immobilizzazione nei confronti delle persone totalmente non autosufficienti, con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto;
- (i) prestazioni di tipo alberghiero comprendenti alloggio, vitto e servizi generali, rapportate alle particolari condizioni degli ospiti;
- (l) attività di animazione, occupazionale, ricreativa, di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine, soprattutto attraverso ergoterapia, attività ludiche, tecniche psicologiche di orientamento e riattivazione per soggetti con deterioramento mentale anche senile; sistematici incontri con familiari ed amici nonché attivazione delle attività di segretariato sociale, utilizzando il contributo delle associazioni di volontariato a norma della legge regionale n.11/1994;
- (m) trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie all'esterno della RSA stesse.
2. L'ospitalità presso le RSA può essere anche temporanea e programmata per:
- (a) il completamento di programmi riabilitativi già iniziati in ospedale o in centri convenzionati ai sensi dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.
- (b) la riduzione del carico assistenziale sulla famiglia per brevi e determinati periodi, anche a seguito di temporanea sospensione degli interventi dei servizi domiciliari.
3. L'ospitalità temporanea può essere anche prevista come permanenza dell'ospite per tutto l'arco della giornata o per periodi limitati, anche in funzione delle esigenze di lavoro dei familiari ovvero durante la notte in relazione a specifiche patologie.
4. Nelle RSA sono assicurate prestazioni protesiche, odontoiatriche complete alle condizioni previste per la generalità dei cittadini. Sono, altresì, assicurate:
- (a) prestazioni di cura personale (barbiere, parrucchiere, e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- (b) l'assistenza religiosa e spirituale favorendo la presenza di diversi assistenti religiosi a seconda della confessione degli ospiti.
5. Prestazioni di medicina generale.
Le prestazioni di medicina generale sono erogate secondo due distinte modalità:
- (a) da personale medico dipendente rispettivamente per le RSA pubbliche e private;
- (b) dal medico di medicina generale a seguito di specifica intesa con il gestore della RSA, nell'ambito del relativo accordo collettivo nazionale.
6. Prestazioni specialistiche.
- (a) Le prestazioni specialistiche comprendono visite specialistiche, prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio nonché le altre prestazioni specialistiche erogabili dal Servizio Sanitario Regionale ai sensi della normativa vigente.
- (b) Le prestazioni specialistiche di cui al precedente comma sono assicurate dalla Azienda Unità Sanitaria Locale mediante specialisti a rapporto di lavoro dipendente o con essa convenzionati, in conformità alla normativa in vigore.
7. Prestazioni farmaceutiche.
- (a) Le prestazioni farmaceutiche sono assicurate con le modalità e nei limiti previsti per la generalità dei cittadini.
- (b) Per le RSA pubbliche, i farmaci da somministrare in esenzione dalla partecipazione alla spesa farmaceutica, il materiale e i presidi sanitari e di medicazione nonché le pro-

tesi, sono forniti dalla Azienda Unità Sanitaria Locale.

6. Personale

Le RSA devono disporre del seguente personale:

- (a) Coordinatore sanitario: medico specialista, preferibilmente geriatra o fisiatra, che assicuri la presenza giornaliera per almeno quattro ore, con responsabilità dell'assistenza sanitaria e delle condizioni psicofisiche degli ospiti;
 - (b) personale medico: per ogni modulo devono essere garantite non meno di quattro ore settimanali di assistenza specialistica;
 - (c) infermieri professionali: una unità ogni trenta posti residenza con presenza continuativa nell'arco delle 24 h;
 - (d) terapisti della riabilitazione in numero variabile, in relazione al livello assistenziale della RSA o del nucleo;
 - (e) operatori di assistenza: una unità ogni 20 posti residenza con presenza continuativa nell'arco delle 24 h per moduli a media intensità assistenziale; una unità ogni 30 posti residenza con presenza continuativa nell'arco delle 24 h per moduli a bassa intensità assistenziale;
 - (f) figure professionali a convenzione con riferimento a particolari esigenze assistenziali.
2. Nelle RSA devono essere assicurate, altresì, prestazioni da parte di psicologi ed assistenti sociali per un numero di ore settimanali correlato alle esigenze degli ospiti ed al livello assistenziale della RSA. Ad uno degli assistenti sociali è affidato anche il coordinamento delle attività indicate alla lettera l) del comma 1 dell'articolo 5 che concorrono all'attuazione dei progetti terapeutici. Detto personale, per le RSA pubbliche, è messo a disposizione dai Comuni o dall'Azienda Unità Sanitaria Locale competente per territorio, che utilizza, a tal fine, il personale operante presso i competenti servizi.

3. Le RSA devono essere dotate di personale amministrativo nonché di personale da adibire ai servizi generali in rapporto al numero degli ospiti e al sistema organizzativo della struttura.

7. Regolamento interno

1. Il regolamento interno della RSA deve contenere norme a salvaguardia dei principi organizzativi e funzionali previsti dall'articolo 4 e indicare fra l'altro:
- (a) la dotazione complessiva di personale, le relative attribuzioni, i compiti e le responsabilità di ciascuna categoria nonché l'orario di lavoro ed i criteri secondo cui vanno stabiliti i turni di attività, in conformità a quanto previsto nei contratti e negli accordi collettivi di lavoro e nel presente Regolamento;
 - (b) la tipologia dei soggetti a favore dei quali è svolta l'attività nel rispetto di quanto previsto dal presente Regolamento;
 - (c) le norme igienico-sanitarie;
 - (d) le finalità e i metodi riabilitativi;
 - (e) l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo agli orari dei pasti e alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
 - (f) l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;
 - (g) le modalità per la raccolta, l'esame e la valutazione dei segnali di disservizio, delle osservazioni, delle opposizioni, delle denunce nonché dei reclami da parte degli ospiti, delle loro famiglie e delle organizzazioni rappresentative degli utenti e delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini.
2. Il regolamento interno deve prevedere le moda-

lità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Regionale.

3. Il regolamento interno deve essere esposto al pubblico in maniera visibile; copia del regolamento stesso deve essere fornita agli ospiti all'atto della loro accoglienza.

8. Strumenti operativi

1. È obbligatoria, per ogni assistito, la compilazione della cartella personale, da cui risultino le generalità complete, la diagnosi di entrata, l'anamnesi familiare e personale, l'esame obiettivo, gli eventuali esami di laboratorio e specialistici, il programma terapeutico, comprensivo degli aspetti riabilitativi, gli esiti ed i postumi, nonché le eventuali interruzioni di trattamento o ricovero. Nella cartella personale devono essere, altresì, annotate le condizioni economiche del nucleo familiare e sociali dell'ospite. Della cartella personale fa parte integrante il giudizio espresso dall'unità valutativa ai fini dell'accoglienza.
2. Le cartelle personali, firmate e conservate dal medico di cui alla lettera a) del comma 1 dell'articolo 6, devono portare un numero progressivo. Nella cartella personale devono essere riportati gli aggiornamenti periodici, le valutazioni e osservazioni degli operatori che concorrono all'attuazione del progetto terapeutico, inclusa una sezione per il programma assistenziale infermieristico, nonché l'eventuale indicazione dei soggetti titolari della tutela o curatela dell'ospite. Fatta salva la legislazione vigente in materia di tutela dei dati personali, le cartelle personali, a richiesta, devono essere esibite all'ospite, a persona da lui espressamente delegata, ai soggetti titolari della tutela e curatela nonché ai soggetti formalmente incaricati della vigilanza.
3. Le cartelle personali devono essere conservate per almeno dieci anni. In caso di cessazione dell'attività delle RSA, le cartelle personali devono essere depositate presso il servizio

medico-legale della Azienda Unità Sanitaria Locale territorialmente competente.

4. Ogni RSA deve disporre di appositi registri o di altri mezzi di rilevazione concordati con l'Azienda Unità Sanitaria Locale ove riportare le interruzioni, anche temporanee, di trattamento o di ospitalità presso la RSA. Tali registri devono essere tenuti aggiornati dal personale amministrativo e resi disponibili per i controlli da parte degli organi di vigilanza.
5. Per ciascun nucleo di ospiti deve essere redatto, a cura degli operatori addetti alle attività indicate dall'articolo 5, comma 1, lettera l), sotto la vigilanza del coordinatore di cui all'articolo 6, comma 2, un diario mensile delle attività collettive e di socializzazione svolte dagli ospiti e dei risultati raggiunti sul piano della autonomia funzionale e sociale dagli ospiti stessi.
6. Le RSA sono tenute a fornire, a richiesta dell'Assessorato regionale della sanità, ogni altra documentazione ritenuta necessaria, in particolare, al fine della valutazione della qualità dei servizi. Anche per tali finalità, deve essere attivato un sistema informativo per la raccolta dei dati necessari alla produzione degli indicatori previsti per il Sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria di cui al DMS 12.12.01.

9. Modalità di accesso e dimissioni

1. La proposta di accesso alle RSA pubbliche e private è effettuata dal medico di medicina generale, dai servizi territoriali dell'Azienda Unità Sanitaria Locale ovvero, in caso di dimissione dall'ospedale, dal dirigente della divisione ospedaliera, o dai servizi territoriali comunali, nel rispetto della volontà del paziente, ovvero in caso di incapacità di intendere e di volere dello stesso, da chi esercita la tutela o la curatela.
2. L'accesso e le dimissioni dalle RSA pubbliche e private sono disposti dall'Unità Valutativa, di cui al successivo articolo 10, previa valutazione del caso, da cui devono emergere, come fattori

determinanti della scelta, il grado di non autosufficienza e l'impossibilità, anche temporanea, dell'utente ad usufruire di altre forme di assistenza, quali l'assistenza domiciliare o in strutture semiresidenziali, che ne consenta la permanenza al proprio domicilio.

3. Gli ospiti della RSA possono essere dimessi anche in via temporanea per ricovero in altra struttura sanitaria, per rientro in famiglia ovvero per altri motivi, con diritto di riammissione alla data programmata.

10. Unità Valutativa Territoriale

1. Presso ciascuna Azienda Unità Sanitaria Locale è istituita almeno una "Unità Valutativa Territoriale".
2. L'unità valutativa territoriale è costituita da una équipe multidisciplinare, composta da un medico, da un infermiere professionale, da un assistente sociale, ove possibile, dei servizi comunali o, in mancanza, da un funzionario addetto ai servizi sociali del comune di residenza dell'assistito nonché da un terapeuta della riabilitazione. L'unità valutativa territoriale, nella sua attività, si raccorda con il medico di medicina generale e, in caso di persona dimessa dall'ospedale, di concerto con il responsabile della divisione nonché, per le persone anziane, da un geriatra dei servizi territoriali ospedalieri (in mancanza, da un medico particolarmente qualificato per l'assistenza agli anziani). L'unità valutativa territoriale così integrata si caratterizza come unità valutativa geriatrica. Nel caso di persone colpite da handicap, l'équipe valutativa territoriale è integrata da un fisiatra o da un neurologo o da un neuropsichiatra. L'unità valutativa si deve poter avvalere anche di altri medici specialisti e di altri operatori sanitari, in rapporto agli specifici casi da esaminare. Per le persone affette da disagio mentale, le funzioni dell'unità valutativa territoriale sono svolte dal servizio dipartimentale di salute mentale.
3. Per valutare le condizioni psicofisiche delle persone per le quali sia stato proposto l'inserimento

in RSA pubbliche e private, sono utilizzati strumenti valutativi (scale di autonomia e simili) predisposti dalla Regione, entro sessanta giorni dalla data di pubblicazione del presente regolamento, idonei alla rilevazione, oltre che delle componenti sanitarie, anche di quelle socio economiche ed ambientali (reddito, caratteristiche del nucleo familiare, caratteristiche dell'abitazione e simili), anche in funzione dell'individuazione di misure alternative alla assistenza residenziale.

4. L'unità valutativa territoriale, fatte salve le competenze dell'unità valutativa geriatrica ospedaliera, ove esistente, con la quale deve instaurare e codificare rapporti di integrazione e raccordo, svolge le seguenti funzioni:
 - (a) valutazione dei caso e definizione del piano individuale degli interventi, individuando quelli ritenuti più adeguati in termini di servizi intra o extraospedalieri;
 - (b) controllo sull'andamento dei piano individuale degli interventi, anche in funzione dell'indicazione delle possibili soluzioni alternative;
 - (c) previsione della durata degli interventi in regime residenziale;
 - (d) controllo della qualità dell'assistenza e dell'efficacia degli interventi;
 - (e) raccordo con i servizi sanitari e socio-assistenziali che operano nel comprensorio.
5. In caso di ricovero in struttura di tipo ospedaliero ovvero di ospitalità in RSA effettuati in una Azienda Unità Sanitaria Locale diversa da quella di residenza dell'utente, l'unità valutativa territoriale effettua il controllo sull'andamento del piano individuale di interventi per il tramite dell'unità valutativa competente per territorio.

11. Autorizzazione e relative procedure

1. Chiunque intenda aprire, ampliare, trasformare

o adeguare una RSA, deve avanzare domanda alla Regione, Assessorato alla Sanità e, per quanto di rispettiva competenza, all'Azienda Unità Sanitaria locale ed al Comune competenti per territorio.

2. La domanda, con sottoscrizione autenticata del richiedente, deve contenere tutti gli elementi corrispondenti a quelli indicati al comma 6. Alla domanda devono essere allegati:

- (a) i progetti e le planimetrie;
- (b) l'organigramma del personale;
- (c) l'elenco delle dotazioni strumentali e delle attrezzature sanitarie, con relativa dichiarazione di conformità alla normativa CEI ed a quella sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, rilasciata da un tecnico qualificato (ingegnere, fisico specialista in fisica sanitaria), con la connessa documentazione come indicato all'articolo 12;
- (d) il regolamento interno;
- (e) i titoli di studio degli operatori di cui alle lettere a) e c) dell'articolo 6 e le dichiarazioni di disponibilità ad accettare l'incarico;
- (f) l'atto costitutivo e lo statuto della persona, giuridica o della società, nel caso che la richiesta non provenga da persona fisica;
- (g) il certificato della camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura, rilasciato in data non anteriore a tre mesi;
- (h) la documentazione comprovante gli estremi anagrafici dei rappresentanti legali, nonché il certificato del casellario giudiziario ed il certificato antimafia del richiedente e dei rappresentanti legali della persona giuridica o della società;
- (i) la certificazione attestante il rispetto della vigente normativa sulle residenze collettive;
- (l) ogni altra certificazione attestante il pos-

sesse dei requisiti richiesti o ritenuta necessaria dalla Regione.

- 3. L'autorizzazione all'apertura, all'esercizio, all'ampliamento e alla trasformazione delle RSA, in esecuzione del D.Lgs 502/92 e successive modificazioni, è rilasciato dalla Giunta regionale con apposita deliberazione su proposta dell'Assessore alla Sanità, entro centottanta giorni dal ricevimento della domanda e dovrà essere compatibile con la programmazione regionale.
- 4. La Giunta Regionale si avvale, per l'accertamento delle prescrizioni di cui al presente regolamento, delle competenti strutture regionali nonché della Azienda Unità Sanitaria Locale competente per territorio.
- 5. Il provvedimento di autorizzazione deve contenere i seguenti elementi costitutivi:
 - (a) gli estremi anagrafici del soggetto autorizzato all'apertura, all'esercizio all'ampliamento alla trasformazione della RSA e, qualora si tratti di persona giuridica privata, la sua denominazione, la sede e le generalità del legale rappresentante;
 - (b) la denominazione della RSA e la sua ubicazione;
 - (c) la tipologia dei .soggetti a favore dei quali è svolta l'attività nelle RSA e la individuazione dei moduli in cui è articolata;
- 7. Al provvedimento di autorizzazione devono essere allegati, e ne fanno parte integrante, i documenti di cui al comma 2, lettere a), b), c).
- 8. Il provvedimento di autorizzazione indica il termine entro il quale la RSA deve presentare alla Azienda Unità Sanitaria Locale competente per territorio l'elenco nominativo del personale dipendente previsto dall'organigramma, con il numero delle ore settimanali di lavoro e le relative mansioni e l'elenco del personale a rapporto di lavoro diverso, con l'indicazione del tipo di

rapporto di lavoro, del numero delle ore settimanali di attività e delle relative mansioni. L'effettivo funzionamento della RSA può iniziare solo a seguito di nulla-osta dell'Assessore Regionale alla Sanità, rilasciato previa verifica da parte della Azienda Unità Sanitaria Locale della corrispondenza fra l'organigramma del personale e l'elenco del personale assunto. Trascorsi inutilmente centoventi giorni dalla scadenza del termine suddetto, l'autorizzazione decade.

9. Qualsiasi variazione degli elementi di cui ai commi 6 e 7 è soggetta ad autorizzazione della Giunta Regionale, con esclusione delle variazioni concernenti gli elenchi di cui alle lettere b) e c) del comma 2, che comunque vanno notificati alla Azienda Unità Sanitaria Locale territorialmente competente.
10. Il trasferimento della gestione della RSA, intendendosi per tale qualsiasi forma di cessione (alienazione, affitto e simili), nonché tutte le trasformazioni societarie che comportino un rapporto di successione tra diversi soggetti giuridici, sono soggette ad autorizzazione preventiva della Regione, da rilasciarsi con decreto del Presidente della Giunta regionale, o per delega dello stesso, dall'Assessore Regionale alla Sanità.
11. Le trasformazioni societarie diverse da quelle indicate al comma precedente, le variazioni della ragione sociale nonché le variazioni dei legali rappresentanti e dei componenti degli organi societari soggetti agli accertamenti di cui alla legge 19 marzo 1990, n. 55 e successive modificazioni ed integrazioni, devono essere comunicate immediatamente alla Regione e all'Azienda Unità Sanitaria Locale competente per territorio, trasmettendo la relativa documentazione nonché le certificazioni previste dalla vigente normativa antimafia.
12. Nel caso di morte della persona fisica titolare dell'autorizzazione, di cui deve essere data immediata notizia all'Assessorato Regionale alla Sanità ed all'Azienda Unità Sanitaria Locale competente per territorio, gli eredi possono continuare provvisoriamente l'esercizio

della RSA in attesa della nuova autorizzazione. A tale fine l'esercente deve presentare apposita domanda entro sei mesi dalla morte del precedente titolare a pena di decadenza dell'autorizzazione. Fino al rilascio della nuova autorizzazione gli eredi sono responsabili, a tutti gli effetti, degli obblighi derivanti dalle disposizioni normative in materia e dal presente regolamento per i titolari della RSA.

13. Le Aziende Unità Sanitarie Locali, fermo restando il possesso dei requisiti prescritti, sono autorizzate alla apertura ed alla gestione delle RSA realizzate, nel rispetto dei vincoli e delle procedure previste dall'art. 5 della L.R. n. 17/99.

12. Progettazione

1. Ai fini del rilascio dell'autorizzazione di cui all'art. 11, il progetto per la costruzione, l'ampliamento, la trasformazione o l'adeguamento di RSA, redatto da un tecnico abilitato, in osservanza delle norme edilizie e delle disposizioni concernenti le barriere architettoniche nonché dell'atto di indirizzo e coordinamento concernente la realizzazione della RSA, di cui al DPR 14.1.1997 e del presente regolamento, deve essere corredato dalla relazione di un medico competente in igiene e tecnica ospedaliera, controfirmata dal progettista. La predetta relazione deve, fra l'altro, contenere:
 - (a) i criteri urbanistici di scelta dell'area, le sue caratteristiche e la rispondenza alle indicazioni del piano regolatore vigente;
 - (b) l'utilizzazione dell'area e la sua sistemazione in relazione all'orientamento, alla morfologia del terreno ed alla vegetazione esistente;
 - (c) le caratteristiche dell'area e dell'edificio in relazione alle condizioni climatiche locali, quali temperatura, umidità relativa, ventosità e soleggiamento;
 - (d) gli aspetti igienico - sanitari e funzionali che

regolano la struttura, con particolare riferimento al sistema dei percorsi orizzontali e verticali;

- (e) l'aggregazione dei corpi di fabbrica, criteri distributivi dei servizi diagnostico - terapeutici, dei locali di residenza a ciclo continuo e diurno e dei servizi generali;
- (f) le caratteristiche strutturali dei corpi di fabbrica e le caratteristiche specifiche dei materiali e componenti impiegati;
- (g) la capacità ricettiva complessiva dei singoli nuclei di assistenza che si intendono attivare;
- (h) i sistemi previsti per l'approvvigionamento idrico, lo smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi, nonché per la ventilazione, il riscaldamento ed il condizionamento dell'aria ed, in genere, per altri servizi generali e impianti tecnologici;
- (i) la descrizione delle apparecchiature sanitarie previste per i vari settori funzionali con la precisazione delle modalità di installazione e della relativa rispondenza a norma.

2. Per quanto riguarda i servizi in cui viene fatto uso di apparecchi o sostanze generatori di radiazioni ionizzanti, il progetto deve essere corredato dal parere della commissione prevista dall'art. 89 del decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1964, n.185.

3. Il progetto deve comprendere:

- (a) una planimetria in scala non inferiore a 1:10.000 che illustri graficamente le caratteristiche dell'area;
- (b) una planimetria in scala non inferiore a 1:1.000 che illustri l'utilizzazione dell'area e la sistemazione;
- (c) planimetria e sezioni con relativi schemi funzionali in scala non inferiore a 1:200 di tutti gli edifici e dei piani previsti, indicanti

l'aggregazione, la distribuzione e la destinazione di tutti i locali nonché i percorsi orizzontali e verticali.

- 4. Alla domanda di cui al comma 1 dell'articolo 11 deve essere allegata la concessione edilizia rilasciata dal comune e ogni documentazione atta a dimostrare la compatibilità dell'intervento edilizio con le norme del piano regolatore vigente.
- 5. Non sono, in ogni caso, consentite deroghe ai requisiti strutturali stabiliti dal DPR 14/ 01/ 1997.

13. Obblighi del titolare dell'autorizzazione

1. Il titolare dell'autorizzazione è tenuto a comunicare alla Regione Assessorato Sanità ed all'Azienda Unità Sanitaria Locale competente per territorio:

- (a) i nominativi dei sostituti degli operatori di cui alle lettere a) e c) del comma 1 dell'articolo 6, per i casi di assenza o impedimento, in possesso della medesima qualifica professionale;
- (b) le sostituzioni e le integrazioni delle attrezzature sanitarie;
- (c) la chiusura temporanea della RSA o di sue parti, dovuta a qualsiasi causa;
- (d) le variazioni relative alla natura giuridica ed alla composizione degli organi statutari del soggetto titolare della RSA;
- (e) i dati desumibili dalle cartelle personali, fatte salve le norme vigenti in materia di tutela dei dati personali, a richiesta dell'Azienda Unità Sanitaria Locale o della Regione.

2. Il titolare è tenuto altresì:

- (a) ad inoltrare, entro il 31 gennaio di ogni anno, all'Assessorato Regionale alla Sanità e all'Azienda Unità Sanitaria Locale, l'e-

elenco del personale dipendente in servizio al 1 gennaio e del personale a diverso rapporto di lavoro, nonché a comunicare le successive variazioni; l'elenco deve indicare il nominativo, l'attività svolta, l'orario settimanale di attività; all'elenco ed alle comunicazioni delle successive variazioni deve essere allegato il titolo professionale che consente l'esercizio dell'attività, con esclusione dei soggetti per i quali la produzione del titolo sia già avvenuta;

- (b) ad assicurare la tempestiva trasmissione alle competenti autorità sanitarie dei dati e delle informazioni richieste;
- (c) a conservare la documentazione prevista all'articolo 8;
- (d) a verificare l'assenza di incompatibilità nei confronti del personale;
- (e) a garantire il rispetto delle norme contenute nel regolamento interno nonché delle disposizioni previste agli articoli 16, 17 e 18;

14. Procedimento per l'applicazione dei provvedimenti di sospensione e revoca dell'autorizzazione e di chiusura delle RSA.

1. Fatti salvi i poteri degli ufficiali ed agenti di polizia giudiziaria e delle altre competenti autorità, l'accertamento delle violazioni di cui al presente regolamento è di competenza degli addetti ai servizi della Azienda Unità Sanitaria Locale, fatta salva la diversa normativa che verrà emanata in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni.
2. La violazione deve essere contestata al trasgressore nei modi e nelle forme previste dall'art.14 della legge 24 novembre 1981, n. 689.
3. Fatto salvo l'obbligo di rapporto all'autorità giudiziaria in caso di violazione delle disposizioni in materia sanitaria e di ogni altra violazione avente rilevanza ai fini penali, il funzionario o

l'agente che ha accertato l'infrazione presenta rapporto al Presidente della Giunta Regionale, per il tramite dell'Assessore alla Sanità, con la prova delle avvenute contestazioni.

4. Entro il termine di quindici giorni dalla data di contestazione, l'interessato può far pervenire al Presidente della Giunta Regionale, per il tramite dell'Assessore Regionale alla Sanità, scritti difensivi e documenti e può chiedere di essere sentito dalle strutture competenti.
5. Il Presidente della Giunta Regionale, acquisito il rapporto come indicato al comma precedente, tenuto conto degli eventuali scritti difensivi e delle controdeduzioni dell'interessato, se ritiene fondato l'accertamento, con ordinanza motivata dispone la sospensione o revoca dell'autorizzazione e la chiusura della RSA notificando il provvedimento all'interessato.
6. Quando non ritenga fondato l'accertamento emette ordinanza motivata di archiviazione. Di tale provvedimento è trasmessa copia integrale a chi ha accertato la violazione ed è data comunicazione all'interessato ed all'Azienda Unità Sanitaria Locale competente per territorio.

15. Vigilanza e controllo.

1. La Regione esercita la vigilanza sulle RSA avvalendosi dei servizi dell'Azienda Unità Sanitaria Locale territorialmente competente.
2. La Azienda Unità Sanitaria Locale, oltre ai controlli richiesti dalla Regione, effettua ispezioni sulle RSA con periodicità almeno semestrale ed esegue controlli sulle attività autorizzate anche in materia di appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate.
3. L'attività di controllo da parte dell'Azienda Unità Sanitaria Locale è svolta, fatta salva la diversa normativa che verrà emanata in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni, attraverso:

- (a) il servizio per l'igiene pubblica per gli aspetti igienico-sanitari;
 - (b) il servizio per la prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro in merito alla tutela della salute dei lavoratori ed alla sicurezza degli impianti;
 - (c) il distretto per gli aspetti organizzativi, tecnici e di funzionamento delle strutture che ospitano anziani e disabili fisici;
 - (d) il servizio dipartimentale di salute mentale per gli aspetti organizzativi tecnici e di funzionamento delle strutture che ospitano disabili psichici;
 - (e) l'Unità Valutativa Territoriale prevista dall'art.10.
4. Dell'ispezione è redatto verbale, con eventuali proposte e osservazioni, che sarà notificato al titolare della RSA e trasmesso all'Assessorato Regionale alla Sanità.

16. Salvaguardia dei diritti dell'utente

1. Agli ospiti delle RSA devono essere garantiti, anche a norma dell'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni. il diritto al rispetto della libertà e dignità della persona, alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza.
2. In particolare, gli ospiti ed i loro rappresentanti legali nonché le persone da essi delegate hanno diritto, con le modalità previste nel regolamento interno di cui all'articolo 7 di:
 - (a) ottenere tutte le informazioni necessarie per conoscere le patologie in corso ed i relativi trattamenti di riabilitazione;
 - (b) individuare tutto il personale delle RSA mediante cartellini di identificazione con nome, cognome e qualifica;

- (c) avanzare alla direzione eventuali doglianze o reclami ed ottenere risposta entro il termine fissato nel regolamento interno;
 - (d) ricevere notizia, per iscritto e preventivamente, dell'importo delle rette corrispondenti ai vari tipi di trattamento;
 - (e) conoscere il regolamento interno vigente nella RSA, come indicato all'articolo 7.
3. È fatto obbligo alle RSA di esporre all'ingresso e nelle sale di attesa, cartelli contenenti l'indicazione degli orari riservati ai colloqui degli operatori con gli utenti nonché con i loro familiari e rappresentanti legali.
 4. Gli ospiti delle RSA possono recarsi all'esterno delle strutture sempre che le condizioni psicofisiche lo consentano e sia assicurato, se necessario, l'accompagnamento da parte di familiari, amici, conoscenti, obiettori di coscienza, volontari ovvero di operatori della RSA.

17. Partecipazione delle associazioni di volontariato.

1. Le associazioni di volontariato possono chiedere di accedere alle RSA in funzione degli specifici bisogni degli ospiti sulla base di apposite convenzioni.
2. Le associazioni di volontariato, fermo restando quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, collaborano con gli operatori delle RSA nelle attività di socializzazione e animazione nonché di promozione dei rapporti con il contesto sociale e familiare degli ospiti. Le associazioni stesse, nei casi e nei limiti stabiliti nelle convenzioni di cui al comma 1, possono, altresì collaborare con gli operatori delle RSA nello svolgimento delle attività di aiuto personale nei confronti degli ospiti.

18. Comitato di partecipazione.

1. Il comitato di partecipazione è costituito da:

- (a) due rappresentanti degli ospiti;
 - (b) un rappresentante delle famiglie;
 - (c) un rappresentante delle associazioni di volontariato che operano all'interno della struttura;
 - (d) un rappresentante del sindacato pensionati maggiormente rappresentativo a livello provinciale;
 - (e) un rappresentante della Consulta regionale per l'handicap.
2. Il comitato è costituito con le procedure di cui ai successivi commi e dura in carica tre anni.
 3. Entro sei mesi dall'entrata in funzione della RSA, presso la direzione organizzativa della stessa sono formate due liste: una degli aspiranti in rappresentanza degli ospiti e una degli aspiranti in rappresentanza delle famiglie. La direzione acquisisce, altresì, i nominativi espressi dalle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini nonché del sindacato pensionati maggiormente rappresentativo a livello provinciale.
 4. Il comitato è rinnovato con le procedure di cui ai commi precedenti, da attivarsi almeno un mese prima della scadenza del collegio.
 5. I rappresentanti degli ospiti e delle famiglie decadono dalla carica allorché essi stessi o i loro familiari cessino di usufruire dei servizi all'interno della RSA e sono sostituiti dai candidati che hanno riportato il maggior numero di voti. In carenza, si provvede mediante il rinnovo della procedura di cui ai precedenti commi. Il comitato continua, comunque, ad operare validamente fino a quando non sia venuta meno la maggioranza dei suoi componenti.
 6. Il comitato di partecipazione designa al proprio interno il presidente e si riunisce almeno ogni sei mesi. La prima seduta è convocata dal componente rappresentante delle famiglie più anziano di età.

7. Il comitato di partecipazione ha il compito di:

- (a) esprimere parere e formulare proposte alla direzione organizzativa in ordine alla programmazione, svolgimento e verifica delle attività all'interno della RSA;
- (b) raccogliere e valutare le istanze degli ospiti, in particolare, per quanto riguarda le iniziative ed attività collaterali intese a promuovere una maggiore autonomia e una maggiore integrazione degli stessi all'interno della RSA e all'esterno, con il tessuto sociale, formulando le conseguenti proposte alla direzione organizzativa.

8. Copia dei verbali delle sedute del comitato di partecipazione operante presso le RSA pubbliche e private è trasmessa all'Azienda Unità Sanitaria Locale competente per territorio e al nucleo regionale di vigilanza e controllo.

9. Annualmente l'Assessorato Regionale alla Sanità convoca un'assemblea dei presidenti dei comitati di cui al presente articolo al fine di promuovere l'uniformità di indirizzo.

19. Criteri e modalità per la stipula degli accordi contrattuali e/o di collaborazione

1. Le Aziende Unità Sanitarie Locali, nell'ambito del fabbisogno individuato dalla programmazione regionale, ad integrazione di quelle a diretta gestione, possono stipulare accordi contrattuali e/o di collaborazione con RSA gestite da comuni, da istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, da istituzioni o enti pubblici.
2. Ai fini della stipula degli accordi di cui alla norma del precedente comma 1, in relazione al fabbisogno, è data priorità alle RSA realizzate mediante conversione di case di cura private per lungodegenti, di strutture psichiatriche o neuropsichiatriche la cui convenzione è decaduta ai sensi dell'articolo 4, comma 2, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 nonché di strutture di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n.

833, nel rispetto di quanto previsto dalle LL.RR. n. 28/2000 e n. 32/2001.

3. Fermo restando quanto stabilito al comma 2, costituisce requisito di priorità, per la stipula degli accordi con le RSA private, l'ubicazione della struttura nell'ambito delle strutture polivalenti comprendenti servizi sanitari di tipo ospedaliero, servizi ambulatoriali (anche di piccola chirurgia ambulatoriale), servizi semiresidenziali per persone autosufficienti e servizi diurni di socializzazione e supporto alle persone anziane o disabili.
4. Gli accordi tra le Aziende Unità Sanitarie Locali e le RSA di cui al comma 1 sono stipulati in conformità ad uno schema tipo approvato dalla Giunta Regionale.
5. Gli schemi di cui al comma precedente devono prevedere in particolare:
 - (a) i servizi assicurati dalla RSA, con riferimento al livello assistenziale da garantire agli ospiti;
 - (b) i servizi assicurati all'interno del complesso in cui è collocata la RSA, con specificazione di quelli organizzati in comune e delle relative modalità di utilizzazione al fine di realizzare una maggiore economicità della gestione, nonchè le modalità di collegamento con i servizi dell'unità sanitaria locale;
 - (c) l'elenco nominativo del personale con l'indicazione della relativa professionalità, qualifica e mansioni;
 - (d) le modalità per la corresponsione della diaria a carico dell'Azienda Unità Sanitaria Locale nonché l'entità della diaria per le attività non sanitarie e le modalità per la riscossione delle somme dovute per concorso nella spesa da parte degli ospiti ovvero per le richieste di rimborso da parte del comune di residenza di cui all'art.20;
 - (e) le modalità di dimissione, anche tempo-

ranea, dalla RSA, sia per ricovero in altra struttura sanitaria, sia per rientro in famiglia, in funzione della garanzia nei confronti dell'ospite di essere riammesso come previsto all'art. 9;

- (f) le modalità di integrazione dell'ospite con il contesto familiare e sociale anche in funzione di quanto previsto al comma 4 dell'art. 16;
- (g) l'apporto delle associazioni di volontariato e le relative modalità;
- (h) la durata degli accordi, che deve essere di norma, non inferiore a tre anni.

20. Diarie e concorso dell'utente o dei Comuni di residenza al costo delle prestazioni

1. La diaria giornaliera da riconoscere alle RSA pubbliche e private, sono determinate con deliberazione della Giunta Regionale, in relazione al livello assistenziale assicurato nella struttura o nei relativi moduli.
2. Ai fini del calcolo della quota parte della diaria concernente gli oneri relativi ad attività di natura non sanitaria, la Giunta Regionale tiene tra l'altro conto delle seguenti componenti di costo:
 - (a) fitto reale o figurativo dei locali utilizzati per l'ospitalità degli utenti;
 - (b) manutenzione ordinaria (quota parte);
 - (c) imposte e tasse ed eventuali oneri per anticipazioni di tesoreria;
 - (d) premi di assicurazione per incendio, furto e responsabilità civile, ivi compresa la copertura assicurativa degli operatori volontari;
 - (e) oneri diretti e riflessi per il personale addetto ad attività non sanitarie;
 - (f) pesi generali di amministrazione (quota parte);

- | | |
|--|--|
| <p>(g) spese per vitto (quota parte)</p> <p>(h) spese per utenze: energia elettrica, acqua, telefono, smaltimento rifiuti e simili (quota parte);</p> <p>(i) spese per combustibili (quota parte)</p> <p>(l) spese di guardaroba, stireria e lavanderia utensili e stoviglie,</p> <p>(m) spese di pulizia (quota parte);</p> <p>(n) quota di ammortamento per gli impianti e le attrezzature non sanitarie;</p> <p>(o) spese di trasporto (quota parte);</p> <p>(p) spese per attività ricreative e culturali.</p> <p>3. Ai fini del calcolo della quota parte della diaria per gli oneri relativi ad attività di natura sanitaria, la Giunta regionale tiene tra l'altro conto delle seguenti componenti di costo:</p> <p>(a) fitto reale o figurativo dei locali utilizzati per attività sanitarie;</p> <p>(b) oneri diretti e riflessi per il personale addetto ad attività sanitarie;</p> <p>(c) oneri per le consulenze assicurate dall'unità sanitaria locale;</p> <p>(d) quota di ammortamento per gli impianti e le attrezzature sanitarie;</p> <p>(e) materiale sanitario di medicazione e di disinfezione.</p> <p>4. Le quote parti della diaria concernenti le attività di cui ai commi 2 e 3 sono differenziate in relazione al livello assistenziale garantito nella RSA o nei nuclei in cui si articola la RSA.</p> <p>5. Restano comunque a carico degli utenti:</p> <p>(a) le eventuali quote di partecipazione alla</p> | <p>spesa sanitaria previste dalla vigente normativa e regolamentazione regionale;</p> <p>(b) le spese per prestazioni di cura personale aggiuntive rispetto a quelle assicurate alla generalità degli ospiti (lavaggio biancheria personale, barbiere e parrucchiere, e simili);</p> <p>(c) le spese per prestazioni individuali di comfort ambientale (telefono in camera, servizio bar e simili).</p> <p>6. La Giunta regionale, in sede di determinazione della diaria a norma dei commi precedenti, fissa i criteri per la determinazione delle tariffe concernenti le prestazioni di cui alle precedenti lettere b) e c).</p> <p>7. La quota parte della diaria per le attività di natura sanitaria è a carico dell'Azienda Unità Sanitaria Locale.</p> <p>8. La quota parte della diaria per le spese di natura non sanitaria è a carico, in tutto o in parte, degli ospiti in base al reddito percepito, risultante dalla dichiarazione IRPEF dell'anno precedente e dagli altri elementi da cui può desumersi il reddito del nucleo familiare, rilevato dal comune competente, tramite il nucleo di valutazione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di residenza dell'assistito, anche con riferimento alla vigente normativa in materia fiscale. Gli ospiti invalidi civili beneficiari per legge di "assegno di accompagnamento" sono tenuti alla corresponsione alla RSA dell'intera quota di detto "assegno di accompagnamento" quale contributo alle spese di cui al presente comma.</p> <p>9. In sede di determinazione della diaria di cui ai commi precedenti, la Giunta Regionale individua i parametri di reddito cui rapportare l'entità del concorso dell'utente.</p> <p>10. Nel caso in cui l'ospite non sia in grado di far fronte, in tutto o in parte, alla quota parte della diaria a suo carico, i familiari tenuti all'obbligo degli alimenti ai sensi dell'articolo 433 del codice civile dovranno contribuire al pagamento della diaria stessa, in base alla propria capacità</p> |
|--|--|

economica accertata nella procedura di ammissione.

11. Nel caso in cui la quota parte della diaria di cui al comma 6 non possa essere, in tutto o in parte, posta a carico dell'utente o dei suoi familiari, come previsto ai commi 8, 9 e 10, il Comune di residenza provvede a corrispondere un contributo integrativo, fino a copertura della diaria stessa, anche utilizzando i finanziamenti che potranno annualmente essere stanziati nel bilancio regionale a detto titolo. Il Comune ha facoltà, in relazione alle proprie disponibilità

finanziarie, di garantire agli utenti la conservazione di una quota aggiuntiva della pensione o del reddito in godimento.

12. I Comuni possono delegare alle Aziende Unità Sanitarie Locali, in tutto o in parte, le competenze ad essi spettanti a norma e per gli effetti di cui all'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni assicurando alle stesse i necessari mezzi finanziari anche a valere sui fondi di cui al comma precedente.

Il presente Regolamento sarà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione.

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

Dato a Bari, addì 20 dicembre 2002

RAFFAELE FITTO

REGOLAMENTO REGIONALE 20 DICEMBRE 2002 N. 9

“Regolamento regionale: Art. 3, comma 1 bis, del D.Lgs.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Principi, criteri ed indirizzi per l'adozione dell'atto aziendale”.

PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

Visto l'art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla legge Costituzionale 22/11/1999, n.1, nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta Regionale l'emanazione dei Regolamenti regionali;

Vista la delibera di Giunta Regionale n.830 del 02/07/2002 con la quale si approva il Regolamento regionale “Art.3, comma 1 bis, del D.Lgs.vo n.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Principi, criteri ed indirizzi per l'adozione dell'atto aziendale.

E M A N A

Il seguente Regolamento :

SOMMARIO

PARTE I

Principi, criteri e indirizzi dell'atto aziendale

1. Premessa pag. 12670
2. Principi generali pag. 12670
3. Principi e criteri per il governo aziendale pag. 12671
4. Principi e criteri per il governo economico-finanziario pag. 12672
5. Principi e criteri per il governo clinico-assistenziale pag. 12672
6. Criteri per la definizione dell'atto aziendale e relativi contenuti
 - a) Elementi identificativi dell'Azienda pag. 12672

b) Disciplina delle attribuzioni degli organi aziendali e delle direzioni sanitarie amministrative	pag. 12673
c) Disciplina delle attribuzioni degli organismi aziendali	pag. 12673
d) Articolazioni dell'Azienda a livello centrale, distrettuale e ospedaliero	pag. 12673
e) Modalità di identificazione delle strutture semplici e complesse	pag. 12673
f) Disciplina dei contratti di fornitura di beni e servizi	pag. 12673
g) Disciplina dei controlli interni	pag. 12674
h) Disciplina della funzione qualità	pag. 12674
i) Sperimentazioni gestionali . . .	pag. 12674
l) Atti di diritto privati e provvedimenti amministrativi	pag. 12675
m) Deleghe	pag. 12675
n) Dirigenza	pag. 12675
o) Servizio infermieristico aziendale	pag. 12676

PARTE II

Organizzazione e funzionamento degli organismi delle aziende sanitarie regionali

1. Gli organi dell'azienda	pag. 12676
2. Direttore Generale	pag. 12677
3. Collegio Sindacale	pag. 12677
4. Gli organismi del governo aziendale	pag. 12677
5. Direzione Aziendale	pag. 12677
6. Direttore Sanitario	pag. 12678
7. Direttore Amministrativo	pag. 12678
8. Collegio di Direzione	pag. 12678
9. Consiglio dei Sanitari	pag. 12678
10. Comitato di Dipartimento	pag. 12679
11. Aziende Ospedaliero – Universitarie	pag. 12679

PARTE I PRINCIPI, CRITERI E INDIRIZZI DELL'ATTO AZIENDALE

1. Premessa

Il Decreto legislativo n. 229/99 modificativo del D.Lgs. n. 502/92 ha concluso il processo di aziendalizzazione definendo, all'art. 3 le USL come aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, la cui organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri emanati dalla Regione ai sensi dell'art. 2, comma 2 sexies.

Conseguentemente, l'attività e i modelli organizzativi delle Aziende, devono uniformarsi in maniera sempre più compiuta ai principi dell'aziendalizzazione e realizzare il massimo grado di flessibilità e dinamicità al fine di assicurare la qualità dei servizi, nel rispetto delle scelte effettuate a livello regionale e aziendale.

Spetta alle Aziende attivare i meccanismi che, in risposta alla domanda di salute espressa, e nell'ambito delle risorse assegnate, conducano all'elaborazione dei Piani attuativi locali, della pianificazione aziendale annuale, del piano di attività territoriale e dei piani attuativi metropolitani.

2. Principi generali

Le aziende sanitarie sono preposte ad assicurare ed erogare ai cittadini l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Conseguentemente la loro organizzazione è finalizzata a garantire la soddisfazione dei relativi bisogni della collettività locale di riferimento a livello di assistenza individuata nella normativa nazionale e nel piano sanitario regionale.

L'organizzazione aziendale delle risorse umane, economiche e strumentali deve ispirarsi ai principi di efficacia, efficienza ed economicità, secondo i dettami del decreto legislativo n. 165/2001 e dall'art. 3, comma 1 ter del decreto legislativo n. 229/1999 di modifica del decreto legislativo n. 502/1992, compatibilmente alla complessità dell'azienda stessa, espressa anche in termini di funzioni attribuite e di prestazioni erogate.

Il raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia deve essere perseguito nel rispetto del vin-

colo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Ogni centro di responsabilità organizzativa deve dotarsi di un sistema di rendicontazione analitica.

L'organizzazione aziendale deve essere articolata conformemente ai seguenti principi:

- 1) sviluppo del processo di aziendalizzazione, realizzando modelli organizzativi che siano improntati a principi imprenditoriali attenti alle esigenze di equilibrio di bilancio, sviluppo delle funzioni di pianificazione strategica, di responsabilizzazione sugli obiettivi, sui risultati e sull'adeguato impiego dei sistemi di controllo interno, nelle diverse articolazioni previste dalla normativa di riferimento e loro raccordo con i sistemi regionali di programmazione e di controllo;
- 2) flessibilità organizzativa e procedurale che consenta il raggiungimento di adeguati livelli di qualificazione ed economicità delle attività, l'uso appropriato delle risorse disponibili, la promozione e il supporto ad attività valutative e di miglioramento della qualità dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, la tutela degli utenti, l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza, favorendo risposte alternative al ricovero ospedaliero, privilegiando l'assistenza a livello ambulatoriale, domiciliare, ospedaliera in day hospital e in day surgery, nonché risposte idonee a fronteggiare i fenomeni stagionali, momentanei o eccezionali di emergenza/urgenza;
- 3) individuazione dei centri di autorità e delle corrispondenti linee di responsabilità (organizzativa, gestionale, tecnico-professionale e di budget);
- 4) garanzia della legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa, tutela e partecipazione dei cittadini, delle loro organizzazioni, delle forze sociali e degli organismi di volontariato, esaustività, tempestività e diffusione dell'informazione;
- 5) dipartimentalizzazione, attraverso lo sviluppo dei processi di aggregazione delle strutture sanitarie complesse e semplici a valenza dipartimentale, secondo le funzioni attribuite alle singole aziende dal piano sanitario regionale o definite negli accordi contrattuali;

- 6) programmazione degli acquisti perseguendo, con lo sviluppo di adeguati strumenti di rilevazione e controllo nell'utilizzo delle risorse, obiettivi di razionalizzazione e contenimento dei costi.

3. Principi e criteri per il governo aziendale.

Le scelte che i Direttori Generali dovranno operare, attraverso l'atto aziendale, in tema di attribuzione di autonomia e responsabilità ai vari livelli dell'organizzazione, dovranno tenere conto del principio generale che ispira tutta l'impostazione della più recente programmazione sanitaria nazionale e regionale in materia, sia in relazione all'apertura al confronto con le istanze sociali, che sviluppi capacità di ascolto nei confronti dei propri pazienti, s'impegni nella valorizzazione di un ruolo attivo da parte dei cittadini, promuova e valorizzi il contributo dei professionisti, sia in relazione allo spirito di collaborazione tra soggetti, contrastando la tendenza tesa a valorizzare la competizione tra gli stessi.

Perché sia efficace, la collaborazione implica un assetto organizzativo che rende possibile l'applicazione del principio della contestabilità, vale a dire la predisposizione delle condizioni necessarie al chiaro riconoscimento delle responsabilità e alla eventuale sostituzione dei soggetti che le assumono con altri in grado di offrire migliori garanzie. Il processo di valutazione, che prelude alla conferma o alla sostituzione, deve essere ispirato a criteri di imparzialità e radicarsi sulle scelte operate dal singolo responsabile.

Tale principio deve applicarsi nei confronti di tutti i livelli di responsabilità legati all'esercizio della funzione di governo aziendale di tipo sia clinico-assistenziale, sia economico-finanziario.

Da ciò discende l'esigenza di procedere al conferimento di responsabilità nel modo più chiaro possibile e di prevedere procedure funzionali all'applicazione del principio citato. Da questo punto di vista l'utilizzo della delega, in particolare nei confronti della Direzione delle strutture organizzative complesse, appare come lo strumento più rispondente allo scopo, poiché la delega può essere agganciata ad un mandato e ritirata, nel caso di mancato rispetto dei contenuti del medesimo. Il conferimento di responsabilità tramite la definizione di specifici mandati rappresenta, tra l'altro, un modo

concreto per esprimere la natura privatistica dell'atto aziendale, poiché sostituisce a quello esistente un sistema di regole più flessibile.

La delega di specifiche responsabilità ai vari livelli della dirigenza deve associarsi al riconoscimento di corrispondenti gradi di autonomia. Anche quest'ultima componente deve trovare una definizione in termini espliciti, se si vuole che la responsabilità assegnata assuma un valore sostanziale e non semplicemente formale.

4. Principi e criteri per il governo economico e finanziario.

Con l'individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), secondo criteri di efficacia e di appropriatezza delle prestazioni, è stato definito il contenuto dell'assistenza posta a carico del servizio pubblico e da garantire uniformemente su tutto il territorio del paese.

I L.E.A. individuano, infatti, le garanzie che il Servizio sanitario pubblico si impegna ad assicurare nei confronti dei cittadini, al fine di realizzare la coerenza tra l'obiettivo generale di tutela della salute ed i mezzi finanziari a disposizione.

Le aziende - che hanno il compito di garantire la soddisfazione dei bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, "pattuiti" nell'ambito del piano di attività territoriale- ricevono i finanziamenti necessari in rapporto ai livelli di assistenza programmati ed alla stima dei relativi costi.

L'allocazione delle risorse, all'interno dell'azienda fa capo all'alta direzione aziendale (Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo) e avviene in base ai piani annuali di attività. Tali piani vengono formulati in funzione degli obiettivi di salute evidenziati nei PSN e PSR ed articolati al fine di garantire la migliore qualità possibile di assistenza in termini di accessibilità, appropriatezza, completezza, continuità, tempestività e riduzione dei rischi.

I responsabili delle strutture operative devono garantire la coerenza del piano annuale di attività rispetto ai principi esposti e la compatibilità tra le attività e/o i servizi da assicurare con le risorse necessarie al conseguimento dei risultati.

In tale contesto si colloca l'obbligo di rendicontazione analitica con contabilità separata, all'interno del bilancio, per ogni macrostruttura aziendale e la possibilità di predisporre, da parte del

Direttore Generale, analoghi strumenti anche per le altre strutture organizzative.

5. Principi e criteri per il governo clinico-assistenziale

Il principio di appropriatezza, sancito dal D.lgs 229/99, rappresenta da un lato un dovere istituzionale e dall'altro un diritto per il paziente e il professionista. I confini di questo diritto e di questo dovere rappresentano il cuore dei temi del governo clinico nelle aziende sanitarie.

Il governo clinico è quindi l'insieme degli strumenti organizzativi, attraverso i quali le aziende assumono una responsabilità diretta per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e per mantenere elevati livelli di servizio, attraverso la realizzazione delle condizioni necessarie per favorire l'eccellenza delle prestazioni.

I principi fondamentali del governo clinico sono rappresentati dalla collaborazione multiprofessionale, dalla responsabilizzazione e dalla partecipazione degli operatori e dagli utenti. L'Atto Aziendale dovrà, quindi, disciplinare con particolare attenzione i contenuti e i rapporti relazionali del Collegio di Direzione, della Direzione Sanitaria, dei Distretti, dei Dipartimenti al fine di sviluppare la qualità dell'offerta sanitaria che deve essere assicurata mediante l'accessibilità, la tempestività e la continuità degli interventi assistenziali e la flessibilità di erogazione dei servizi. Gli strumenti ai quali fare ricorso sono rappresentati dalla definizione di precise responsabilità, dalla trasparenza dei risultati clinici ottenuti, dai programmi di miglioramento della qualità e da quant'altro ritenuto utile in relazione al contesto storico e socio-economico nel quale opera l'Azienda.

6. Criteri per la definizione dell'atto aziendale e relativi contenuti.

L'atto aziendale, espressione della funzione organizzativa e di autogoverno dell'azienda sanitaria, definisce le strategie per:

- l'organizzazione dell'azienda, con l'individuazione delle strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica;
- il funzionamento dell'azienda, comprese quelle relative alla individuazione dei soggetti capaci di impegnare l'amministrazione verso l'esterno,

nonché gli ambiti di intervento regolabili con atti di diritto privato o con provvedimenti amministrativi.

L'atto aziendale deve contenere e sviluppare i sottoelencati punti:

a) Elementi identificativi dell'azienda:

- sede legale,
- logo,
- patrimonio.

b) *Disciplina delle attribuzioni degli organi aziendali.*

- *Direttore Generale Collegio Sindacale*

Dovrà esplicitarsi la distinzione tra le attività di indirizzo, programmazione e controllo e quelle di gestione.

c) *Disciplina delle attribuzioni degli organismi aziendali*

- Direzione generale
- Direttore sanitario
- Direttore amministrativo
- Collegio di direzione;
- Consiglio dei sanitari;
- Comitato di dipartimento.

d) *Articolazione dell'azienda a livello centrale, distrettuale e ospedaliero*

Dovranno esplicitarsi le articolazioni dell'azienda a livello di distretto, con i relativi ambiti territoriali e le sedi ospedaliere nel rispetto della programmazione regionale.

e) *Modalità d'identificazione delle strutture semplici e complesse*

Le strutture complesse sono individuate dal Direttore generale sulla base di soglie operative consistenti nei livelli di dotazione dei posti letto, risorse strumentali e umane nonché di attività definiti secondo criteri di essenzialità, efficacia assistenziale ed economicità nell'impiego delle risorse.

Ai livelli di cui sopra deve corrispondere adeguato numero di casi trattati o volumi di attività così come richiesto dalla programmazione regionale.

Per le strutture di degenza le soglie minime di posti letto sono individuate nel piano sanitario

regionale. Sono fatte salve le eventuali eccezioni, individuate nel piano di riordino della rete ospedaliera, nonché quelle connesse alle peculiarità delle strutture a direzione universitaria la cui disciplina specifica è individuata nei protocolli d'intesa Università – Regione.

Per quanto riguarda i servizi senza posti letto in ambito ospedaliero, il Piano sanitario regionale individua le dotazioni di unità operative per ciascuna disciplina fatta salva la possibilità di istituire una seconda unità operativa alle condizioni eventualmente previste nel Piano di riordino della rete ospedaliera e comunque tenendo conto della quantità di risorse assegnate alla struttura, ai volumi di attività, alla complessità dell'attività svolta ed ai casi mediamente trattati.

Per quanto riguarda i Distretti, questi, così come individuati nel relativo provvedimento di definizione degli ambiti, costituiscono strutture complesse e possono essere articolati in strutture semplici e/o funzioni.

Per quanto riguarda il Dipartimento di prevenzione e quello di salute mentale le relative articolazioni sono previste in apposito regolamento approvato con delibera di Giunta regionale.

f) *Disciplina dei contratti di fornitura di beni e servizi*

L'attività contrattuale deve aver luogo nel rispetto dei principi della programmazione annuale degli acquisti dei beni e della fornitura dei servizi, della coerenza con il sistema budgetario dalla trasparenza e della massima concorrenzialità, perseguendo costantemente gli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità.

L'atto aziendale deve disciplinare i criteri per l'affidamento di contratti per la fornitura di beni e servizi di importo inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria, che deve essere effettuato nel rispetto di adeguate valutazioni di economicità misurato mediante indagini di mercato e confronti concorrenziali, anche per via telematica, tenuto conto altresì delle risultanze dell'osservatorio regionale prezzi o di analoghe strutture qualificate.

Il regolamento aziendale dovrà esplicitare i limiti e le modalità di ricorso alle diverse tipologie di contratto e le relative procedure. Dovranno altresì essere individuati i limiti eco-

nomici entro i quali i responsabili delle strutture possano impegnare l'amministrazione.

L'Atto Aziendale deve contenere altresì, specifico impegno a collaborare con l'Ares ai fini della centralizzazione degli acquisti ed al rispetto dell'utilizzo dell'esito delle relative procedure.

g) *Disciplina dei controlli interni*

Il controllo interno si articola nelle seguenti funzioni, svolte dagli organi, strutture e uffici previsti dalla legge:

- a) il controllo di regolarità amministrativa e contabile;
- b) il controllo di gestione;
- c) la valutazione e l'autovalutazione del personale;
- d) la valutazione e il controllo strategico

La stratificazione delle responsabilità nell'ambito delle aziende sanitarie regionali porta a individuare i seguenti livelli di gestione:

- a) l'azienda nel suo complesso;
- b) le macro-articolazioni organizzative dell'azienda: i presidi ospedalieri, i distretti, i dipartimenti;
- c) le strutture complesse;
- d) le strutture semplici.

Rispetto a ciascun livello gestionale dovranno esplicitarsi gli strumenti di controllo, le procedure e le responsabilità connesse.

h) *Disciplina della funzione qualità*

L'azienda individua le condizioni organizzative per lo sviluppo della funzione di valutazione e miglioramento della qualità avvalendosi di un apposito "Ufficio per la qualità", in staff alla direzione generale e operante in stretto raccordo con le altre strutture organizzative aziendali.

Le politiche aziendali per la qualità, l'organizzazione del sistema qualità, le procedure tecniche e gestionali attuate per la sua realizzazione, vengono descritte in un apposito documento aziendale che le aziende sanitarie aggiornano periodicamente.

Annualmente, con il coinvolgimento delle varie strutture organizzative, in relazione ai vari processi aziendali, viene elaborato inserito nel

piano di attività annuale il piano aziendale per la qualità, che individua, per le diverse unità organizzative e per i processi a esse trasversali, i programmi di miglioramento selezionati che devono tradursi in specifici obiettivi.

i) *Sperimentazioni gestionali*

Al fine di favorire l'apertura del Sistema Sanitario pubblico a forme di collaborazione con soggetti privati le aziende sanitarie possono promuovere:

- sperimentazioni gestionali e organizzative al fine di ricercare più efficienti modelli di governo della spesa sanitaria;
- nuove forme gestionali che consentano alle aziende stesse una maggiore flessibilità operativa e gestionale, funzionale sia al processo di aziendalizzazione, sia alla corrispondenza fra i bisogni espressi dai cittadini ed il loro soddisfacimento.

Spetta alla Regione, sentito il parere dell'Ares, autorizzare i programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedono forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.

Il programma di sperimentazione è adottato dalla Regione motivando le ragioni di convenienza economica del progetto gestionale, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano Sanitario regionale ed evidenziando gli elementi di garanzia stabiliti dalla legge 405, art. 3, comma 8, del 16/11/2001.

L'Ares fornisce il necessario supporto sia nella fase di elaborazione dei progetti, sia in quella di verifica della attuazione degli stessi (monitoraggio), così come previsto dall'art. 9-bis del D. lgs 30.12.92 n. 502 sostituito dall'art. 10 del decreto legislativo 19/6/99 n. 229 e dall'art. 90 della legge 23.12.2000 n. 388 (finanziaria 2001), dalla legge regionale n. 24/2001, dal D.L. n. 347/2001 convertito nella legge 405/2001

La collaborazione tra strutture pubbliche e private, oltre ad essere uno stimolo utile alla realizzazione del modello aziendale, può contribuire a colmare il divario tra l'affermazione dei bisogni collettivi e la capacità del pubblico a farvi fronte

finanziariamente, basandosi esclusivamente sui consueti canali di entrate pubbliche.

Rispetto ai diversi modelli di sperimentazione gestionale quali:

- concessione di costruzione e gestione
- project financing
- committenza integrata
- accordi di sponsorizzazione e di collaborazione
- appalto servizi
- società miste

le aziende propongono la tipologia da adottare in relazione alla specificità dei progetti.

l) Atti di diritto privato e provvedimenti amministrativi

Le attività gestionali sono esercitate di norma con atti di diritto privato ovvero con provvedimenti amministrativi nei casi previsti dalla legge.

Gli atti di diritto privato, che generalmente si manifestano mediante “determinazioni”, rispettano le forme ed i contenuti previsti dal codice civile e vengono espressamente motivati soltanto quando la motivazione è richiesta da specifiche disposizioni normative.

I provvedimenti amministrativi, che generalmente si manifestano mediante “deliberazioni”, osservano i principi generali dell'azione amministrativa di governo dell'Azienda e vengono adottati nel rispetto delle disposizioni che disciplinano tali azioni. In particolare non possono essere delegate ad altri, e quindi rientrano nella responsabilità propria del Direttore Generale, gli atti riguardanti i contratti per importi superiori alla soglia comunitaria, gli atti riguardanti la determinazione di tariffe, canoni ed analoghi oneri a carico di terzi, gli atti di nomina, designazioni, sospensione, decadenza riservati dalla legge o dall'atto aziendale alla competenza diretta del Direttore Generale, l'attribuzione e definizione degli incarichi di collaborazione esterna, i provvedimenti di mobilità interna delle figure dirigenziali dell'Azienda, nonché ogni atto concernente la scelta delle risorse non assegnate per legge o per delega ad altrui competenze.

m) Deleghe

Il Direttore Generale può delegare al Direttore Sanitario, al Direttore Amministrativo, ai Dirigenti di Dipartimento, di Distretto e di Area l'adozione di atti di diritto privato o anche di diritto pubblico riferiti ad ambiti settoriali di attività e nel rispetto delle competenze.

La delega relativa agli atti di diritto privato è manifestata per atto scritto, nei modi e nelle forme idonee in relazione all'attività delegata, nel rispetto delle esigenze di pubblicità per l'efficacia dell'atto.

La delega relativa agli atti di diritto pubblico è estrinsecata con provvedimento amministrativo conforme ai requisiti formali e sostanziali dell'atto pubblico. Dello stesso deve essere data pubblicità nell'albo pretorio dell'Azienda.

Il dirigente delegato ha la piena responsabilità sia interna che esterna, ad ogni effetto di legge, della delega e degli atti compiuti.

L'esercizio delle funzioni delegate si esercitano:

- a) in osservanza della disciplina civilistica del mandato e della rappresentanza;
- b) nel rispetto della normativa sulla trasparenza dell'azione amministrativa;
- c) nel rispetto della compatibilità di bilancio;
- d) nel rispetto degli interessi pubblici perseguiti dall'Azienda.

L'attività delegata non è soggetta a controllo preventivo, ma i provvedimenti illegittimi o inopportuni possono essere annullati d'ufficio dal Direttore Generale e/o revocati con adeguata motivazione.

n) Dirigenza

L'atto aziendale deve prevedere in termini generali i poteri attribuiti ai singoli dirigenti rinviando agli atti di conferimento degli incarichi le determinazioni specifiche.

I dirigenti, esercitano in riferimento alle varie strutture operative le funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività, dei contratti e del processo di negoziazione dei budgets attraverso i quali la direzione generale determina i limiti entro i quali possono assumere obbligazioni in nome e per conto dell'Azienda. Entro tali limiti, spetta, in particolare, ai dirigenti l'adozione di tutte le decisioni, comprese quelle che impe-

gnano l'Azienda verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa mediante l'esercizio di autonome facoltà di spesa e di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo. Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

Costituiscono, in particolare, funzioni dirigenziali proprie:

- l'esercizio della funzione operativa di cui è titolare ciascuna unità operativa;
- la gestione del budget assegnato;
- l'esercizio delle funzioni di coordinamento, verifica e controllo delle strutture operative funzionali che non producono direttamente prestazioni assistenziali;
- l'esercizio delle rispettive funzioni di produzione ed erogazione e delle funzioni di coordinamento, verifica e controllo delle altre strutture organizzative funzionali.

Nell'ambito e nei limiti dell'esercizio delle funzioni di cui sopra, in particolare i dirigenti:

- danno attuazione agli obiettivi, ai piani, ai programmi, alle direttive generali per la gestione fissati dalla direzione generale nel rispetto delle priorità indicate;
- collaborano con la direzione aziendale formulando proposte ed esprimendo pareri;
- rappresentano legalmente l'Azienda in sede negoziale;
- dirigono o coordinano e controllano l'attività delle strutture delle quali hanno la responsabilità anche mediante l'adozione di direttive, atti di indirizzo, linee guida o procedure;
- provvedono agli atti di gestione del personale, curandone l'orientamento al risultato anche attraverso l'attribuzione di trattamenti economici accessori secondo quanto previsto dai contratti collettivi nazionali e integrativi di lavoro;
- provvedono alla gestione delle risorse finanziarie e strumentali assegnate alla struttura di pertinenza secondo criteri di flessibilità e uso razionale ed integrato delle risorse medesime;
- assicurano tutte le iniziative necessarie al fine di assicurare la semplificazione, la trasparenza e la responsabilizzazione delle procedure interne, sia di diritto pubblico che privato.

La direzione generale provvede alla declaratoria degli ambiti di competenza propria dei dirigenti. L'adozione di atti e decisioni non ricompresi nelle funzioni di competenza costituisce fonte di responsabilità.

Gli atti di natura amministrativa adottati ai sensi di quanto sopra specificato sono definitivi. È fatto salvo il potere del Direttore Generale di annullamento in sede di autotutela per soli motivi di legittimità. In caso di inerzia o ritardo nell'esercizio di funzioni proprie, il Direttore Generale fissa un termine entro il quale il dirigente deve adottare l'atto o il provvedimento contestualmente muovendo formale contestazione e, qualora l'inerzia o il ritardo permangono, da incarico di provvedere ad altro dirigente.

o) Servizio infermieristico aziendale

L'atto aziendale deve prevedere l'istituzione e l'organizzazione del Servizio infermieristico ed ostetrico aziendale ai sensi della Legge 251/2000.

Il Servizio provvede ad assicurare:

- il governo complessivo della funzione infermieristica ed ostetrica garantendo il corretto equilibrio delle risorse umane in base ai differenti carichi di lavoro e linee guida appropriate alle esigenze operative, sia all'interno dell'Ospedale che all'esterno;
- elaborazioni di piani di sviluppo e miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica;
- metodologia necessaria per la formazione professionale continua della classe infermieristica.

PARTE II

ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEGLI ORGANISMI DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

1. Gli organi dell'azienda

Sono i organi dell'azienda sanitaria, ai sensi dell'art.1, comma 3 quater, del D.Lgs. n.502/92:

- il Direttore Generale;

- il Collegio Sindacale

2. Direttore Generale

Il Direttore Generale è l'organo di vertice a cui sono attribuiti i poteri di gestione, di rappresentanza legale e la responsabilità complessiva dell'Azienda.

E' responsabile delle funzioni di indirizzo politico- amministrativo e strategico dell'Azienda che si esercita attraverso la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare e verificando la rispondenza dei risultati dell'attività e della gestione agli indirizzi impartiti; al direttore generale spettano in particolare:

- a) le decisioni e l'adozione dei relativi atti di indirizzo interpretativo ed applicativo in materia di norme nazionali e regionali;
- b) l'adozione di tutti gli atti deliberativi relativi al piano pluriennale di attività;
- c) l'adozione di tutti gli atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica budgetaria;
- d) l'adozione di tutti gli atti deliberativi riguardanti la definizione di obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'azione amministrativa e la gestione;
- e) la individuazione delle risorse umane, materiali ed economico-finanziarie da destinare alle diverse finalità e la loro ripartizione tra le strutture complesse;
- f) l'adozione di tutti gli atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale.

Il Direttore Generale è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda, nomina e revoca i responsabili delle strutture semplici e complesse, nonché delle altre strutture operative dell'Azienda.

Il Direttore Generale nomina il Direttore amministrativo e il Direttore Sanitario e revoca, eventualmente, gli stessi nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 3 bis, comma 8, del D.Lgs. 229/99.

Il Direttore Generale delega direttamente ai Direttori di struttura complessa, da lui personalmente nominati, propri poteri e compiti, definiti in apposito regolamento aziendale e più specificamente individuati, per singolo dirigente, nei contratti individuali all'uopo stipulati.

3. Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale esercita le attività indicate dall'art.3 ter del D.Lgs. n.502/92.

L'attività di controllo del Collegio concerne sia l'attività di diritto pubblico che quella di diritto privato dell'azienda

4. Gli organismi del governo aziendale

L'attività aziendale si realizza attraverso l'impegno combinato e congiunto dei propri organismi, responsabili per le funzioni di competenza.

Gli organismi del governo aziendale sono:

- Direzione aziendale;
- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Collegio di direzione;
- Consiglio dei sanitari;
- Comitato di dipartimento.

5. Direzione Aziendale

L'atto aziendale dovrà precisare, nel rispetto delle fonti normative nazionali e regionali, contenuti, limiti e funzioni della direzione aziendale:

- privilegiando il metodo della collegialità tra i Direttori: Generale Sanitario e amministrativo;
- prevedendo le specifiche responsabilità di gestione nell'ambito del governo assistenziale ed economico attribuite rispettivamente al Direttore Sanitario ed Amministrativo;
- stabilendo che la direzione aziendale esercita funzioni di indirizzo politico amministrativo e definisce gli obiettivi ed i programmi dell'Azienda nonché le linee fondamentali di organizzazione degli uffici in applicazione dei seguenti criteri:
 - funzionalità, rispetto ai compiti e programmi di attività, per il perseguimento degli obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità;
 - ampia flessibilità, garantendo adeguati margini alle determinazioni operative e gestionali che potranno essere assunte, per la rispondenza dell'azione amministrativa al pubblico interesse, anche con la capacità ed i poteri del privato datore di lavoro;
 - collegamento dell'attività degli uffici che sono tenuti ad adeguarsi al dovere di comunicazione interna ed esterna;
 - garanzia dell'imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa;

- armonizzazione degli orari di servizio e di apertura degli uffici con le esigenze delle utenze.

6. Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari e, nell'ambito delle sue specifiche competenze, ha le seguenti attribuzioni:

- a) partecipa con il Direttore Amministrativo, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la Responsabilità, alla direzione dell'Azienda.
- b) partecipa alla funzione di committenza, anche attraverso l'attribuzione di obiettivi e risorse alle strutture sanitarie;
- c) dirige i servizi sanitari negli ambiti previsti dalle Leggi Regionali, dal D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dagli articoli 16 e 17 del D. Lgs. 165/2001 e successive modifiche ed integrazioni.
- d) assume diretta responsabilità di tutte le funzioni attribuite alla sua competenza.
- e) concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale.

7. Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi e, nell'ambito delle sue specifiche competenze, ha le seguenti attribuzioni:

- a) partecipa con il Direttore Sanitario, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda;
- b) partecipa alle funzioni di committenza;
- c) coadiuva il direttore generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario aziendale;
- d) assicura il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico;
- e) dirige i servizi amministrativi negli ambiti previsti dalle Leggi Regionali, dal D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dagli articoli 16 e 17 del D. Lgs. 165/2001 e successive modifiche ed integrazioni.
- f) assume diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza.

- g) concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale.

8. Collegio di direzione

Il Collegio di direzione strategica di cui all'17 del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, collabora con il Direttore Generale nel governo delle attività cliniche, nella programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, nella elaborazione del programma di attività dell'Azienda, nonché nella programmazione e nello sviluppo dei servizi e nella utilizzazione delle relative risorse umane.

Il Collegio concorre, inoltre, alla formulazione dei piani e programmi di formazione ed aggiornamento, alle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

Il Collegio costituisce il luogo della promozione, del confronto e del coordinamento delle strategie complessive del governo aziendale.

Il Collegio rappresenta a livello aziendale l'ambito di definizione, di mediazione e di sintesi delle attività negoziali che si sviluppano all'interno dell'Azienda tra le macro strutture organizzative complesse: dipartimenti, distretti, presidi. Conseguentemente è composto dalle seguenti figure professionali: direttore sanitario, direttore amministrativo, direttori di distretto, direttori di dipartimento, direttori di presidio ospedaliero nonché i responsabili di ogni altra macro-articolazione prevista e disciplinata dagli atti programmatori aziendali, come i Responsabili dei Servizi delle professioni sanitarie-tecniche e sociali.

Il collegio è presieduto dal Direttore Generale.

9. Consiglio dei sanitari

Il Consiglio dei Sanitari è composto, in via elettiva dalle professionalità di carattere sanitario dell'azienda ed è regolamentato secondo le disposizioni di cui all'art. 3, comma 12, del Dlgs 502/92.

E' presieduto dal Direttore Sanitario.

Fornisce parere obbligatorio non vincolante per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti.

10. Comitato di dipartimento

E' costituito dai responsabili delle strutture complesse e dai responsabili delle strutture semplici a valenza dipartimentale appartenenti a ciascun dipartimento.

Secondo la tipologia del dipartimento e l'organizzazione dell'azienda possono, senza diritto di voto, partecipare alle sedute:

- a) i responsabili di strutture semplici facenti parte di strutture complesse appartenenti al dipartimento stesso;
- b) i responsabili di strutture, semplici o complesse, anche non appartenenti al dipartimento, ma con esso interagenti;
- c) i rappresentanti di enti, associazioni categoria professionali che interagiscono con il dipartimento.

Il Comitato di dipartimento elabora proposte in ordine a:

- a) modelli organizzativi del dipartimento;
- b) programmazione annuale delle attività dipartimentali con l'elaborazione degli obiettivi da realizzare nel corso dell'anno;
- c) promozione del razionale utilizzo del personale assegnato al dipartimento nell'ottica della integrazione dipartimentale;
- d) programmazione della gestione delle risorse sia

umane che economiche assegnate al dipartimento;

- e) valutazione dei fabbisogni di risorse di personale e strumentali, con definizione delle priorità;
- f) gestione del budget assegnato al dipartimento;
- g) definizione dei modelli per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza fornita.

Il Comitato di dipartimento inoltre:

- a) propone al Direttore Generale una rosa di tre nominativi per la nomina a Direttore di dipartimento;
- b) adotta linee guida utili per il più corretto indirizzo diagnostico terapeutico;
- c) valuta ogni altro argomento sottopostogli dal direttore del dipartimento o dai dirigenti delle strutture che lo costituiscono in relazione a problemi o eventi di particolare importanza.

11. Aziende Ospedaliero – Universitarie

I principi, criteri e indirizzi per l'Atto aziendale contenuti nel presente documento sono applicabili alle Aziende Ospedaliero – Universitarie di cui al D.Lgs. 517/99 fatta salva la loro integrazione in relazione a quanto previsto dall'art. 3, c. 2 e 3, del D.Lgs. citato nonché dall'art. 2, c. 3, lett. B del DPCM 24 maggio 2001 che rinviano ai protocolli d'intesa Università – Regione la definizione dei criteri generali per l'adozione dell'atto aziendale.

Il presente Regolamento sarà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione.

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

Dato a Bari, addì 20 dicembre 2002

RAFFAELE FITTO

