

Puglia

Delib.G.R. 7-11-2013 n. 2037

Principi e criteri per l'attività regionale di verifica della compatibilità al fabbisogno sanitario regionale, ai sensi dell'articolo 8-ter D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e articolo 7 L.R. n. 8/2004, per la realizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui all'articolo 5 sopra citato, comma 1, lett. a), punti 1 e 2, L.R. n. 8/2004.

Publicata nel B.U. Puglia 26 novembre 2013, n. 154.

## **Delib.G.R. 7 novembre 2013, n. 2037 <sup>(1)</sup>.**

**Principi e criteri per l'attività regionale di verifica della compatibilità al fabbisogno sanitario regionale, ai sensi dell'articolo 8-ter D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e articolo 7 L.R. n. 8/2004, per la realizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui all'articolo 5 sopra citato, comma 1, lett. a), punti 1 e 2, L.R. n. 8/2004 <sup>(2)</sup>.**

---

(1) Pubblicata nel B.U. Puglia 26 novembre 2013, n. 154.

(2) Vedi, anche, la [Delib.G.R. 26 ottobre 2016, n. 1667](#).

---

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Alta Professionalità "Analisi normativa, monitoraggio e gestione autorizzazione ed accreditamento strutture sanitarie pubbliche e private" e confermata dal Dirigente dell'Ufficio Accreditamenti e dal Dirigente del Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria, riferisce quanto segue:

Premesso che:

il [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#) (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della [legge 23 ottobre 1992, n. 421](#)) e s.m.i. stabilisce all'[articolo 8-ter](#) (Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie) del stabilisce, commi 3 e 5, che "Per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il Comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del [decreto-legge 5 ottobre 1993, n. 398](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 4 dicembre 1993, n. 493](#) e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture. [...] Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore [del [decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229](#)] le regioni determinano: a) le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio della autorizzazione alla realizzazione di strutture e della autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria, prevedendo la possibilità del riesame dell'istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente; b) gli ambiti territoriali in cui si

*riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva, definendo idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati";*

la [legge regionale n. 8/2004](#) s.m.i., recante "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private", all'art. 5 (Autorizzazioni), comma 1, lett. a) prevede che: "1) Sono soggetti all'autorizzazione alla realizzazione:

*1.1 le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti;*

*1.2 le seguenti strutture sanitarie e socio sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale non ospedaliero, a ciclo continuativo e/o diurno:*

*1.2.1 presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali;*

*1.2.2 strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne;*

*1.2.3 strutture di riabilitazione e strutture educativo-assistenziali per i tossicodipendenti;*

*1.2.4 residenze sanitarie assistenziali;*

*1.3 i centri residenziali per cure palliative (hospice);*

*1.4 gli stabilimenti termali.*

2) Tra le strutture e gli studi che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi inclusi quelli individuati ai sensi del comma 2 dell'[articolo 8-ter](#) del decreto legislativo, sono, altresì, soggetti all'autorizzazione alla realizzazione le seguenti attività:

*2.1 specialistica ambulatoriale chirurgica, ove attrezzata per l'erogazione di prestazioni comprese tra quelle individuate con apposito provvedimento di Giunta regionale;*

*2.2 specialistica ambulatoriale odontoiatrica, ove attrezzata per erogare prestazioni chirurgiche comprese fra quelle individuate con apposito provvedimento della Giunta regionale;*

*2.3 diagnostica per immagini con utilizzo delle grandi macchine;*

*2.4 radioterapia;*

*2.5 medicina nucleare in vivo;*

*2.6 dialisi;*

*2.7 terapia iperbarica;*

*2.8 consultoriale familiare.*

3) Ai sensi del combinato disposto dell'[articolo 8-ter](#) del decreto legislativo e dell'[articolo 3](#) del [D.P.R. 14 gennaio 1997](#), nel regime autorizzativo per la

*realizzazione di nuove strutture rientrano, limitatamente alle attività di cui ai precedenti punti 1) e 2), anche le seguenti fattispecie:*

*3.1 gli ampliamenti di strutture già esistenti e autorizzate, in essi compresi:*

*3.1.1 l'aumento del numero dei posti letto, posti letto-tecnici e grandi apparecchiature rispetto a quelli già autorizzati;*

*3.1.2 l'attivazione di funzioni sanitarie e/o socio-sanitarie aggiuntive rispetto a quelle già autorizzate;*

*3.2 la trasformazione di strutture già esistenti e specificamente:*

*3.2.1 la modifica della tipologia (disciplina) di posti letto rispetto a quelli già autorizzati;*

*3.2.2 la modifica di altre funzioni sanitarie e/o socio-sanitarie già autorizzate;*

*3.2.3 il cambio d'uso degli edifici, finalizzato a ospitare nuove funzioni sanitarie o socio-sanitarie, con o senza lavori;*

*3.3 il trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate"*

la medesima [legge regionale n. 8/2004](#), all'[articolo 7](#) (Procedure per l'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie), commi 1 e 2, dispone che: "Nei casi previsti dall'articolo 5, comma 1, lettera a), i soggetti pubblici e privati inoltrano al Comune competente per territorio istanza di autorizzazione alla realizzazione della struttura corredandola della documentazione prescritta. Il Comune richiede alla Regione la prevista verifica di compatibilità, di cui all'articolo 8-ter del decreto legislativo, entro trenta giorni dalla data di ricevimento dell'istanza. [...] Il parere di compatibilità regionale è rilasciato, entro novanta giorni dalla data di ricevimento della richiesta di cui al comma 1, con provvedimento del Dirigente del Settore sanità della Regione, sentita l'azienda sanitaria locale interessata in relazione alla localizzazione territoriale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie della tipologia di attività richiesta già presenti in ambito provinciale";

il [Reg. reg. 2 marzo 2006, n. 3 \(Art. 3, comma 1, lettera a\), punto 1\) della L.R. 28 maggio 2004, n. 8](#). Fabbisogno prestazioni per il rilascio della verifica di compatibilità e dell'accreditamento istituzionale alle strutture sanitarie e socio-sanitarie), in applicazione dell'[art. 3, comma 1, lett. a\) della L.R. 28 maggio 2004, n. 8](#) e successive modificazioni, per il rilascio della verifica di compatibilità nonché per il rilascio dell'accreditamento istituzionale, ha stabilito i criteri e parametri distinti per tipologia di attività e struttura;

successivi atti regolamentari e legislativi regionali hanno integrato e/o modificato detti parametri relativamente ad alcune strutture.

Considerato che:

ai sensi delle norme sopra esposte ed alla luce del costante orientamento giurisprudenziale (vedi da ultimo, Consiglio di Stato, Sezione III, 30 gennaio 2012, n. 445), la Regione è tenuta ad esprimersi sulla compatibilità e coerenza con le esigenze poste dalla programmazione sanitaria ed ospedaliera, in funzione di **un duplice parametro valutativo** costituito dal fabbisogno complessivo (incidenza della progettata iniziativa sanitaria nel quadro globale, regionale e locale, della domanda di servizi sanitari del tipo corrispondente) e dalla localizzazione

territoriale (in relazione alla presenza e diffusione di altre strutture sanitarie presenti in ambito regionale), anche in vista di una migliore accessibilità ai servizi sanitari e di valorizzazione di aree di insediamento prioritario di nuove strutture;

dunque, la verifica di compatibilità regionale non può prescindere dalla dimensione allocativa del fabbisogno di prestazioni sanitarie, da intendersi come esigenza incomprimibile affinché vi sia una equa e razionale distribuzione di strutture eroganti un determinato tipo di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie su tutto il territorio regionale, negli ambiti aziendali locali e loro articolazioni distrettuali, tenuto conto delle strutture del medesimo tipo ivi già operanti;

in ragione di tale esigenza, la nuova offerta di prestazioni sanitarie deve trovare spazio nell'ambito della programmazione regionale solo ed in quanto, con riguardo a un determinato ambito territoriale, corrisponda ad un effettivo fabbisogno di quelle prestazioni attestato dagli organi competenti e sia coerente con le scelte allocative della stessa programmazione regionale sanitaria.

Pertanto, si ritiene di fissare alcuni principi e criteri per l'attività regionale di verifica della compatibilità al fabbisogno sanitario regionale, ai sensi dell'[articolo 8-ter D.Lgs. n. 502/1992](#) e s.m.i. e [articolo 7 L.R. n. 8/2004](#), per la realizzazione, anche per trasferimento, delle strutture sanitarie e socio sanitarie di cui all'articolo 5 sopra citato, comma 1, lett. a), punti 1 e 2, come di seguito indicati.

Alle richieste comunali di verifica di compatibilità **già pervenute alla data di approvazione del presente atto** si applicano i seguenti principi e criteri:

**1)** l'eventuale copertura del fabbisogno sanitario regionale, normativamente fissato dalle leggi e dai regolamenti regionali in materia attraverso parametri numerici e/o indici di popolazione per ambiti territoriali predefiniti, deve avvenire in seguito all'accertamento di una effettiva ed attuale carenza nell'ambito territoriale interessato dalla richiesta di autorizzazione alla realizzazione della nuova struttura sanitaria e socio-sanitaria;

**2)** a tal fine, nei limiti del fabbisogno numerico normativamente fissato, il Servizio regionale competente accerta le carenze del fabbisogno regionale attraverso l'esame di dati ragionati riferiti all'anno precedente, forniti dall'ASL territorialmente interessata e relativi alle liste di attesa ed al volume delle prestazioni effettivamente erogate dalle strutture della stessa tipologia già operanti nei diversi distretti socio-sanitari o aree interessate, tenuto conto, altresì, dell'eventuale mobilità extra aziendale degli utenti residenti in tali aree e distretti;

**3)** la mancata rispondenza al duplice parametro del fabbisogno complessivo e della localizzazione territoriale, come sopra identificati e declinati, comporterà un esito negativo della suddetta verifica regionale ed il conseguente non accoglimento della relativa istanza, anche se unica;

**4)** la rispondenza al duplice parametro sarà integrata con la valutazione dei requisiti e/o indicazioni di preferenza eventualmente previsti da atti regolamentari regionali in materia di fabbisogno e/o di requisiti, che attengano all'ubicazione ed alle caratteristiche strutturali della sede individuata; detti requisiti e/o indicazioni di preferenza non sono emendabili successivamente all'eventuale rilascio della verifica positiva di compatibilità;

**5)** in caso di rispondenza **in eguale misura**, di due o più di tali ultime richieste al surriferito duplice parametro integrato dalla valutazione dei requisiti e/o indicazioni di preferenza di cui al punto 4), nel medesimo ambito territoriale di

riferimento per la realizzazione di strutture della stessa tipologia, qualora il relativo fabbisogno regionale residuo sia inferiore all'entità delle suddette richieste potrà soccorrere - in assenza della prefissazione di parametri di scelta ed in via meramente residuale - quello della priorità cronologica delle istanze, riconoscendo la verifica di compatibilità positiva a favore dell'istanza che precede temporalmente le altre <sup>(3)</sup>.

Le richieste di verifica di compatibilità **successive all'approvazione del presente atto, presentate nell'arco temporale del bimestre di volta in volta maturato**, sono valutate comparativamente e contestualmente per il medesimo ambito territoriale di riferimento, applicando, **oltre ai principi e criteri di cui ai precedenti punti da 1) a 4)**, anche i seguenti:

**6)** in caso di rispondenza **in eguale misura**, di due o più di tali richieste al duplice parametro del fabbisogno complessivo e della localizzazione territoriale integrato dalla valutazione dei requisiti e/o indicazioni di preferenza di cui al punto 4), qualora il relativo fabbisogno regionale residuo sia inferiore all'entità delle suddette richieste (fatto salvo il possesso dei requisiti minimi ed ulteriori strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal [Reg. reg. 13 gennaio 2005, n. 3](#) e s.m.i. e dagli altri atti regolamentari regionali aventi ad oggetto specifiche tipologie di strutture) il Servizio competente riconosce la compatibilità al fabbisogno regionale al progetto o ai progetti che abbiano conseguito la miglior valutazione numerica sulla base dei seguenti parametri e relativi punteggi:

Parametri	Totale Punt Max 30
1) Parametri Generali per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie previste dall' <a href="#">art. 5, L.R. n. 8/2004</a> , comma 1, lettera a), punti 1. e 2.	Totale punti max 16
a) Immediata raggiungibilità ed accessibilità dalle/alle principali vie di comunicazione stradali e/o ferroviarie da parte di tutti gli utenti dell'area o distretto interessati;	max punti 2
b) Presenza di aree di parcheggio pubbliche o private nel raggio di max mt 200	punti 2
c) Presenza di Pronto Soccorso nel raggio di max Km 1	punti 2
d) Maggiore superficie interna complessiva della struttura, rispetto a quella prescritta ai fini del possesso dei requisiti minimi ed ulteriori, comprendente quella dei locali specificamente dedicati alla residenza e/o alla permanenza dei pazienti, allo svolgimento delle attività di assistenza nei loro confronti, all'accoglienza degli utenti e loro familiari e/o accompagnatori: <b>1 punto per ogni aumento del 20%</b> ;	max punti 4
e) Climatizzazione di tutti gli ambienti della struttura	punti 3
f) Utilizzo di materiali e tecnologie costruttive eco-compatibili	max punti 3
2) Parametri specifici per strutture di cui alla lett. a), punto 1: Presidi ospedalieri ed extra ospedalieri residenziali e semiresidenziali, Centri Diurni, Hospice, Stabilimenti Termali	Totale punti max 14
g) allocazione in zona residenziale e ben servita da trasporti urbani;	max punti 2
h) adeguato parcheggio pertinenziale destinato agli utenti, visitatori/familiari e personale dipendente	max punti 3
i) presenza di aree esterne attrezzate e/o destinate a verde dedicate al soggiorno/sosta degli utenti e/o loro familiari/accompagnatori	max punti 3
j) comfort alberghiero, utilità e servizi aggiuntivi per l'utenza e/o familiari	max punti 4
3) Parametri specifici per le strutture di cui alla lett. a) punto 2: Ambulatori chirurgici e odontoiatrici, di diagnostica per immagini con grandi macchine, radioterapia, medicina nucleare dal vivo, dialisi, terapia iperbarica, consultoriali familiari	Totale punti max 14

k) ubicazione al piano terra	punti 3
l) utilizzo tecnologie superiori e/o maggiormente innovative rispetto a quelle minime previste per la tipologia di attività svolta	max punti 6
m) ulteriori servizi e/o utilità a beneficio dell'utente/paziente e loro familiari in occasione dell'esecuzione della prestazione	max punti 5

**7)** al fine della valutazione delle richieste di verifica di compatibilità e della selezione tra le medesime, le istanze di autorizzazione alla realizzazione e le conseguenziali richieste di verifica di compatibilità comunali saranno corredate dalle planimetrie su scala adeguata, dagli elaborati progettuali e dalla relazione generale che illustrino nel dettaglio le caratteristiche dell'intervento, con particolare riguardo ai parametri sopra indicati;

**8)** unitamente all'istanza di autorizzazione alla realizzazione il soggetto interessato per iscritto dovrà:

a) specificare i parametri rispetto ai quali intende essere valutato nell'eventualità di concorrenza con altre istanze per la medesima area o distretto socio-sanitario di riferimento;

b) in caso di verifica di compatibilità positiva e rilascio di autorizzazione alla realizzazione obbligarsi a realizzare, a mantenere e/o svolgere quanto previsto nei documenti di cui al precedente punto 7), da considerarsi parte integrante dei requisiti minimi ed ulteriori previsti, ai fini dell'ottenimento e del mantenimento dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale;

**9)** le eventuali caratteristiche aggiuntive così come individuate attraverso i parametri sopra indicati non comportano variazioni in aumento di tariffe, qualora l'attività sanitaria e socio-sanitaria sia svolta per conto del Servizio Sanitario regionale in regime di accreditamento, né può comportare la previsione di rette o supplementi a carico degli utenti e/o pazienti e loro familiari;

**10)** la verifica di compatibilità, nell'ambito del procedimento di autorizzazione alla realizzazione per trasferimento, ai sensi dell'articolo 5 sopra citato, comma 1, lett. a), punto 3.3 e degli [articoli 18-bis](#) (trasferimento strutture autorizzate) e [28-bis](#) (trasferimento strutture accreditate) [L.R. n. 8/2004](#), delle strutture già esistenti accreditate e/o autorizzate è eseguita in via prioritaria - e se più di una, in concorrenza tra queste ultime - rispetto alla verifica di compatibilità per la realizzazione di nuove strutture.

### **COPERTURA FINANZIARIA [L.R. n. 28/2001](#) s.m.i.**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Bilancio regionale.

Il Dirigente dell'Ufficio

Mauro Nicastro

Il presente schema di provvedimento rientra nella competenza della Giunta Regionale a norma dell'[art. 4, comma 4, lettera k\) della L.R. n. 7/1997](#).

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.



## LA GIUNTA

Udita e fatta propria la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio Accreditamenti, dall'Alta Professionalità "Analisi normativa, monitoraggio e gestione autorizzazione ed accreditamento strutture sanitarie pubbliche e private" e dal Dirigente del Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

Delibera

---

(3) Vedi, anche, la [Delib.G.R. 23 febbraio 2017, n. 220](#).

---

**[Testo della deliberazione]**

Per le motivazioni espresse in premessa, che quivi si intendono integralmente riportate,

- Di approvare i principi e criteri per l'attività regionale di verifica della compatibilità al fabbisogno sanitario regionale, ai sensi dell'[articolo 8-ter D.Lgs. n. 502/1992](#) e s.m.i. e [articolo 7 L.R. n. 8/2004](#), per la realizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui all'articolo 5 sopra citato, comma 1, lett. a), punti 1 e 2, come sopra indicati dal punto 1) al punto 12)
  - Di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della [L.R. n. 13/1994](#).
- 
-

D.P.C.M. 10-2-1984

Indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti minimi di strutturazione, di dotazione strumentale e di qualificazione funzionale del personale dei presidi che erogano prestazioni di diagnostica di laboratorio.

Pubblicato nella Gazz. Uff. 24 febbraio 1984, n. 55.

## **D.P.C.M. 10 febbraio 1984 <sup>(1)</sup>.**

### **Indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti minimi di strutturazione, di dotazione strumentale e di qualificazione funzionale del personale dei presidi che erogano prestazioni di diagnostica di laboratorio.**

---

(1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 24 febbraio 1984, n. 55.

---

#### **1. Finalità ed obiettivi.**

Il presente atto determina i requisiti minimi di strutture, dotazioni strumentale e qualificazione funzionale del personale dei presidi di diagnostica di laboratorio pubblici e privati, nonché le modalità di verifica di affidabilità e di qualità ai fini di assicurare in tutto il territorio nazionale condizioni tecnico-igieniche e funzionali uniformi, nell'interesse degli utenti e dell'economicità dei servizi.

Agli effetti del presente atto si intendono presidi diagnostici di laboratorio quelle strutture denominate laboratori di analisi cliniche aperte al pubblico, di natura pubblica o privata, che eseguono, oltre a prelievi ed eventuali somministrazioni per prove funzionali, indagini su materiale proveniente dal corpo umano dirette a fornire risultati analitici o risultati analitici con giudizi diagnostici.

Queste strutture operano per i fini di cui al primo comma secondo le modalità previste dal presente provvedimento.

---

#### **2. Identificazione delle strutture.**

I laboratori di analisi cliniche ai fini del presente provvedimento sono:

1) i servizi di laboratorio degli ospedali pubblici di cui agli [articoli 16, 17, 21, 23 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128](#), nonché quelli degli istituti pubblici di ricovero e cura a carattere scientifico e degli istituti di cui all'[art. 41 della legge 23 dicembre 1978, n. 833](#);



2) i servizi di laboratorio degli istituti universitari nonché quelli degli ospedali policlinici universitari, regolati ai sensi del [decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129](#) (o facenti capo alle discipline di cui ai raggruppamenti 236, 241, 242, 243, 246, 256, 259 e 260 del [decreto ministeriale 30 luglio 1983](#), pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 278 del 10 ottobre 1983); sono fatte salve le regolamentazioni interne dei laboratori di ricerca e quelle di istituti rientranti nelle convenzioni U.S.L.-Università di cui all'[art. 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833](#);

3) i laboratori di analisi cliniche dei presidi territoriali delle U.S.L. ivi compresi i laboratori dei presidi multizonali di prevenzione che effettuano analisi cliniche;

4) i laboratori di analisi cliniche privati aperti al pubblico.

I requisiti di strutturazione e dotazione strumentale dei laboratori di analisi cliniche di cui ai precedenti numeri 1), 2) e 3) devono essere adeguati alle indicazioni del presente atto in relazione alle particolari esigenze funzionali e alle finalità delle strutture.

---

### **3. Classificazione funzionale.**

Ai fini del presente provvedimento i laboratori di analisi privati aperti al pubblico si distinguono in:

- 1) laboratori generali di base;
- 2) laboratori specializzati;
- 3) laboratori generali di base con settori specializzati.

I laboratori generali di base sono presidi pluridisciplinari che svolgono indagini diagnostiche di biochimica clinica, di ematologia e di microbiologia su campioni provenienti da escreti, secreti e prelievi umani secondo l'elenco che è allegato al presente provvedimento.

Nei laboratori generali di base non devono essere impiegate metodiche che utilizzino radioisotopi.

I laboratori specializzati sono strutture destinate a esplicitare indagini diagnostiche ad alto livello tecnologico e professionale nei settori di:

- chimica clinica e tossicologica;
- ematologia;
- microbiologia e sieroinmunologia;
- citoistopatologia;
- virologia;
- genetica medica.

Le analisi radioisotopiche in vitro sono effettuabili nei laboratori specializzati di chimica clinica e tossicologica oltre che nei presidi di medicina nucleare.

I laboratori generali di base, con settori specializzati sono strutture che, oltre ad erogare le prestazioni proprie dei laboratori generali di base, esplicano indagini diagnostiche ad alto livello tecnologico e professionale in uno o più settori specializzati di cui al comma precedente.

L'elenco degli esami diagnostici di alto livello tecnico professionale fa parte dell'allegato di cui al secondo comma del presente articolo.

Con decreto del Ministro della sanità si provvede a verifica periodica, almeno ogni due anni, degli elenchi di cui al precedente comma <sup>(2)</sup>.

Con la stessa procedura sono effettuate aggiunte e/o variazioni ai settori specializzati di cui al quarto comma in relazione al progresso scientifico e tecnologico <sup>(3)</sup>.

---

(2) Con sentenza 11-19 maggio 1988, n. 560 (Gazz. Uff. 25 maggio 1988, n. 21 - Serie speciale), la Corte costituzionale ha così statuito:

Riuniti i giudizi, dichiara che non spetta allo Stato, con [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 10 febbraio 1984](#), d'intesa con il Ministro della sanità, in base a delega data in base all'art. 5 cpv. della [legge 23 dicembre 1978, n. 833](#), subdelegare, ai sensi dell'art. 3, commi penultimo ed ultimo, del detto decreto al Ministro della sanità la verifica periodica degli elenchi degli esami diagnostici di alto livello professionale da eseguire presso i laboratori specializzati o presso i laboratori generali di base con settori specializzati, nonché l'effettuazione di aggiunte e/o variazioni ai settori specializzati di cui al quarto comma dello stesso art. 3; determinare, ai sensi dell'art. 12 del detto decreto i procedimenti da seguire nelle operazioni di prelievo, di trasporto e di conservazione dei campioni e reperti biologici; prevedere, ai sensi dell'art. 17 del detto decreto, una Commissione consultiva regionale con compiti di esprimere pareri per il rilascio o la conferma dei decreti di autorizzazione, formulare proposte in ordine ai parametri per rapportare le strutture al carico di lavoro, fornire indicazioni circa le strutture idonee a realizzare i controlli di qualità, mantenere rapporti con la Commissione tecnico-consultiva statale, prevedere, ai sensi degli artt. 4, primo comma, e 8, ultimo comma, del detto decreto, un parere di questa Commissione consultiva regionale per il rapportamento al carico di lavoro delle strutture materiali e degli organici; regolamentare, ai sensi dell'art. 18, primo comma, del detto decreto, la normativa regionale concernente la distribuzione dei laboratori sul territorio e la conferma delle autorizzazioni.

Per l'effetto, annulla:

l'art. 3, penultimo ed ultimo comma, del [D.P.C.M. 10 febbraio 1984](#), recante «Indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni in materia di requisiti minimi di strutturazione, di dotazione strumentale e di qualificazione funzionale del personale dei presidi che eseguono prestazioni di diagnostica di laboratorio»;

l'art. 4, primo comma, nella parte in cui rinvia alle «modalità previste dall'art. 8, ultimo comma»;

l'art. 8, ultimo comma, nella parte in cui richiede «sia udito l'organo tecnico-consultivo di cui al successivo art. 17»;

l'art. 12, l'art. 17, l'art. 18, primo comma;

«Rigetta, per il resto, i proposti ricorsi».

(3) Con sentenza 11-19 maggio 1988, n. 560 (Gazz. Uff. 25 maggio 1988, n. 21 - Serie speciale), la Corte costituzionale ha così statuito:

Riuniti i giudizi, dichiara che non spetta allo Stato, con [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 10 febbraio 1984](#), d'intesa con il Ministro della sanità, in base a delega data in base all'art. 5 cpv. della [legge 23 dicembre 1978, n. 833](#), subdelegare, ai sensi dell'art. 3, commi penultimo ed ultimo, del detto decreto al Ministro della sanità la verifica periodica degli elenchi degli esami diagnostici di alto livello professionale da eseguire presso i laboratori specializzati o presso i laboratori generali di base con settori specializzati, nonché l'effettuazione di aggiunte e/o variazioni ai settori specializzati di cui al quarto comma dello stesso art. 3; determinare, ai sensi dell'art. 12 del detto decreto i procedimenti da seguire nelle operazioni di prelievo, di trasporto e di conservazione dei campioni e reperti biologici; prevedere, ai sensi dell'art. 17 del detto decreto, una Commissione consultiva regionale con compiti di esprimere pareri per il rilascio o la conferma dei decreti di autorizzazione, formulare proposte in ordine ai parametri per rapportare le strutture al carico di lavoro, fornire indicazioni circa le strutture idonee a realizzare i controlli di qualità, mantenere rapporti con la Commissione tecnico-consultiva statale, prevedere, ai sensi degli artt. 4, primo comma, e 8, ultimo comma, del detto decreto, un parere di questa Commissione consultiva regionale per il rapportamento al carico di lavoro delle strutture materiali e degli organici; regolamentare, ai sensi dell'art. 18, primo comma, del detto decreto, la normativa regionale concernente la distribuzione dei laboratori sul territorio e la conferma delle autorizzazioni.

Per l'effetto, annulla:

l'art. 3, penultimo ed ultimo comma, del [D.P.C.M. 10 febbraio 1984](#), recante «Indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni in materia di requisiti minimi di strutturazione, di dotazione strumentale e di qualificazione funzionale del personale dei presidi che eseguono prestazioni di diagnostica di laboratorio»;

l'art. 4, primo comma, nella parte in cui rinvia alle «modalità previste dall'art. 8, ultimo comma»;

l'art. 8, ultimo comma, nella parte in cui richiede «sia udito l'organo tecnico-consultivo di cui al successivo art. 17»;

l'art. 12, l'art. 17, l'art. 18, primo comma;

«Rigetta, per il resto, i proposti ricorsi».

---

#### 4. Caratteristiche generali organizzative.

I locali, gli archivi, le apparecchiature e tutto quanto necessario per il corretto svolgimento delle attività dei laboratori di diagnostica debbono essere

opportunamente rapportati al carico di lavoro con le modalità previste all'art. 8, ultimo comma, nonché soddisfare le norme vigenti in materia di igiene e sanità pubblica, di prevenzione antincendi, di infortunistica e di igiene del lavoro e di tutela contro i rischi da radiazioni ionizzanti qualora vengano impiegate sostanze radioattive per la effettuazione di attività diagnostiche radioisotopiche <sup>(4)</sup>.

Tutti i laboratori generali di base devono disporre almeno di:

- a) un locale di attesa;
- b) uno o più locali per le attività amministrative e l'archiviazione dei dati analitici;
- c) distinti servizi igienici per il personale e per gli utenti;
- d) uno o più locali di accettazione e di prelievo campioni;
- e) spazi per esecuzioni analitiche opportunamente modulati con un locale separato per l'effettuazione di esami batteriologici e virologici;
- f) un locale per il lavaggio e la sterilizzazione della vetreria;
- g) un inceneritore o altro idoneo sistema di raccolta, allontanamento o distruzione dei rifiuti tali da non determinare condizioni di anti-igienicità e danni alla salute.

I locali di cui alle lettere *d)*, *e)* ed *f)* devono comunque essere dotati di pareti a superficie lavabile e di pavimentazione idonea ad una efficace decontaminazione da inquinamenti biologici e/o radioattivi nonché di idonei sistemi per il ricambio di aria.

La superficie complessiva degli spazi indicati nella lettera *e)* non deve essere inferiore a mq 12 per ciascun operatore.

Per ogni settore specializzato aggregato ad un laboratorio generale di base deve essere altresì prevista la disponibilità di locali per il lavoro analitico aventi superficie non inferiore a mq 20.

---

(4) Con sentenza 11-19 maggio 1988, n. 560 (Gazz. Uff. 25 maggio 1988, n. 21 - Serie speciale), la Corte costituzionale ha così statuito:

Riuniti i giudizi, dichiara che non spetta allo Stato, con [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 10 febbraio 1984](#), d'intesa con il Ministro della sanità, in base a delega data in base all'art. 5 cpv. della [legge 23 dicembre 1978, n. 833](#),

subdelegare, ai sensi dell'art. 3, commi penultimo ed ultimo, del detto decreto al Ministro della sanità la verifica periodica degli elenchi degli esami diagnostici di alto livello professionale da eseguire presso i laboratori specializzati o presso i laboratori generali di base con settori specializzati, nonché l'effettuazione di aggiunte e/o variazioni ai settori specializzati di cui al quarto comma dello stesso art. 3; determinare, ai sensi dell'art. 12 del detto decreto i procedimenti da seguire nelle operazioni di prelievo, di trasporto e di conservazione dei campioni e reperti biologici; prevedere, ai sensi dell'art. 17 del detto decreto, una Commissione consultiva regionale con compiti di esprimere pareri per il rilascio o la conferma dei decreti di autorizzazione, formulare proposte in ordine ai parametri per rapportare le strutture al carico di lavoro, fornire indicazioni circa le strutture idonee a realizzare i controlli di qualità, mantenere rapporti con la Commissione tecnico-consultiva statale, prevedere, ai sensi degli artt. 4, primo comma, e 8, ultimo comma, del detto decreto, un parere di questa Commissione consultiva regionale per il rapportamento al carico di lavoro delle strutture materiali e degli organici; regolamentare, ai sensi dell'art. 18, primo comma, del detto decreto, la normativa regionale concernente la distribuzione dei laboratori sul territorio e la conferma delle autorizzazioni.

Per l'effetto, annulla:

l'art. 3, penultimo ed ultimo comma, del *D.P.C.M. 10 febbraio 1984*, recante «Indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni in materia di requisiti minimi di strutturazione, di dotazione strumentale e di qualificazione funzionale del personale dei presidi che eseguono prestazioni di diagnostica di laboratorio»;

l'art. 4, primo comma, nella parte in cui rinvia alle «modalità previste dall'art. 8, ultimo comma»;

l'art. 8, ultimo comma, nella parte in cui richiede «sia udito l'organo tecnico-consultivo di cui al successivo art. 17»;

l'art. 12, l'art. 17, l'art. 18, primo comma;

«Rigetta, per il resto, i proposti ricorsi».

---

##### **5. Dotazione strumentale minima per i laboratori generali di base.**

Il laboratorio generale di base deve possedere una dotazione strumentale tale da permettere l'esecuzione delle indagini elencate in allegato, fornendo agli operatori sanitari la possibilità di giungere ad una conclusione diagnostica per la maggior parte delle condizioni morbose senza dover ricorrere a ricoveri ospedalieri. Detta strumentazione deve consistere al minimo di:

banchi di lavoro idonei al tipo e al carico di lavoro;

cappa chimica con aspiratore;

armadi per una idonea conservazione della vetreria e del reagentario;

due centrifughe di cui una per microematocriti;

deionizzatore a disponibilità di H<sub>2</sub>O distillata;

almeno due frigoriferi di capacità sufficiente alla conservazione di reattivi termo-labili e di campioni, di cui uno fornito di congelatore a - 25°;

bilancia analitica fino a 1 mgr e bilancia tecnica;

termostato;

stufa a secco termoregolabile almeno fino a 250°;

autoclave;

due bagnomaria termoregolabili e termometro di controllo;

agitatore orizzontale;

due microscopi binoculari di cui almeno uno con obiettivo 100 e con accessori atti ad effettuare esami, con contrasto di fase;

fotometro con possibilità di misura nel vicino uv (340 nm) con cellette termostatate;

un fotometro a fiamma (o in alternativa, un potenziometro con elettrodi specifici per Na<sup>+</sup>oK<sup>+</sup>);

attrezzatura per elettroforesi completa di alimentatore e vasca di separazione nonché di densitometro;

agglutinoscopio;

apparecchio automatico o semiautomatico per la determinazione dei tests emocoagulativi (suggeriti in relazione al carico di lavoro);

contaglobuli elettronico (suggerito in rapporto al carico di lavoro);

cronometro a timer;

pompa da vuoto ad acqua;

ph metro.

---

## **6. Dotazione strumentale minima per i presidi specializzati e per i settori specializzati aggregati ai laboratori generali di base.**

I presidi specializzati e i settori specializzati aggregati ai laboratori di base devono essere in possesso della strumentazione specifica dell'attività specialistica e consistente al minimo di:

### **A) Chimica clinica e tossicologia:**

spettrofotometro registratore a banda stretta (per tutte le esigenze della spettrofotometria e per il controllo di purezza di alcuni standards primari);

spettrofluorimetro;



emogasanalizzatore;  
cromatografo in fase gassosa o liquida;  
centrifuga refrigerata.

Inoltre, qualora vengano effettuate analisi radioisotopiche in vitro:

locali con sistemi di protezione previsti dalla vigente legislazione sulla protezione dalle radiazioni ionizzanti;

spettrometro per conteggi di radiazioni gamma e/o beta;

sistema di raccolta e di smaltimento del materiale radioattivo in decadimento secondo quanto stabilito dalla normativa in materia;

materiale di consumo (pipette, provette, ecc.) a perdere idoneo per l'esecuzione di esami radioisotopici in vitro;

apparecchiature per il lavaggio e la decontaminazione.

#### B) *Ematologia:*

agitatore del sangue intero;

contatori automatici basati su un sistema elettronico per la determinazione dei sette parametri fondamentali di globuli rossi, globuli bianchi e piastrine;

microscopio binoculare con possibilità di osservazione in campo oscuro, a contrasto di fase e a fluorescenza;

strumentazione e materiale idonei per esame citologico e citochimico del sangue periferico e del midollo;

strumentazione automatica o semiautomatica per lo studio della funzionalità e della sintesi dei fattori dei meccanismi intrinseco ed estrinseco, della fibronolisi, della funzionalità piastrinica e degli inibitori della coagulazione;

strumentazione e materiali idonei per ricerche di immunoematologia e per lo studio delle proteine sieriche;

strumentazione e materiali idonei per lo studio e caratterizzazione delle emoglobinopatie a livello delle alterazioni strutturali e funzionali;

strumentazione e materiali idonei per lo studio degli enzimi eritrocitari;

centrifuga refrigerata.

#### C) *Microbiologia e sieroinmunologia:*

un microscopio con possibilità di osservazioni in campo oscuro, a contrasto di fase e a fluorescenza;

una centrifuga a testata multipla;

un banco o più banchi di lavoro;

una cappa a flusso laminare verticale;

armadio termostatico.

D) *Citoistopatologia:*

un microtomo;

una stufa per inclusioni;

sistema adeguato per la preparazione dell'inclusione e per le colorazioni citofisiopatologiche fondamentali;

microscopio binoculare con possibilità di osservazione in campo oscuro, a contrasto di fase e a fluorescenza;

un microtomo congelatore;

una citocentrifuga;

istoteca adeguata.

E) *Virologia:*

un microscopio rovesciato;

un microscopio binoculare con possibilità di osservazione in campo oscuro, a contrasto di fase e a fluorescenza;

un locale per stabulario;

due incubatrici per uova embrionate;

due termostati per coltura a pressione controllata di CO<sub>2</sub>;

un'attrezzatura per coltura di cellule;

un congelatore a -20 °C;

un frigorifero a -70 °C;

un dispositivo per filtrazione;

idei dispositivi per l'esecuzione automatica o semiautomatica delle principali indagini sierologiche (suggerito);

cappa a flusso verticale;

cappa a flusso laminare.

F) *Genetica medica:*

termostato per colture cellulari;

centrifuga idonea per la preparazione del materiale cellulare;

microscopio a contrasto di fase a fluorescenza attrezzato per microfotografie;

attrezzatura idonea per le colorazioni citogenetiche;

attrezzatura idonea per l'identificazione di markers genetici.

I settori specializzati annessi ai laboratori generali di base possono utilizzare apparecchiature già in dotazione al laboratorio generale, ove ciò sia consentito dal carico di lavoro complessivo.

---

## **7. Personale dei presidi pubblici e privati.**

I presidi di analisi di cui ai punti I), 2), 3) del precedente art. 2 del presente atto hanno la dotazione di personale previsto dalle rispettive leggi, regolamenti e convenzioni.

In ogni caso dovranno essere rispettati i criteri generali di suddivisione del lavoro secondo le rispettive competenze professionali, di attuazione di sistemi di valutazione di gruppo dell'efficienza dei servizi, di organizzazione di attività di aggiornamento professionale e di collegamento consultivo con gli operatori sanitari dei presidi di ricovero e cura, dei servizi di prevenzione delle diverse unità operative oltre che con il settore della medicina generale, pediatrica e specialistica.

In particolare, dovrà essere curata la trasmissione di tutte le informazioni richieste dai servizi delle U.S.L. per quanto si riferisce alle notificazioni di indagini relative a malattie infettive ed assicurato l'intervento nelle attività di sorveglianza epidemiologica, di controllo delle infezioni nosocomiali, oltre che di effettuazione coordinata di indagini attinenti alla prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro.

---

*(commento di giurisprudenza)*

## **8. Organico e qualificazione funzionale del personale.**

L'organico minimo del personale dei laboratori generali di base è costituito da:

1) un direttore medico o biologo. Entrambi devono essere iscritti all'albo dell'ordine di appartenenza, essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia e della specializzazione o della libera docenza in una delle branche attinenti al laboratorio di analisi cliniche o, in alternativa, della laurea in scienze biologiche e della specializzazione o della libera docenza in una delle branche attinenti al laboratorio di analisi, nelle quali è consentita, dalle norme vigenti, l'ammissione ai biologi. In alternativa alla specializzazione vale per entrambe le categorie un servizio di ruolo quinquennale presso pubblici laboratori di analisi di presidi ospedalieri, istituti universitari, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, istituzioni sanitarie di cui all'[art. 41 della legge n. 833/1978](#), nonché presso i laboratori di analisi dell'Istituto superiore di sanità e del C.N.R.

Nel caso che il direttore sia un biologo deve essere compreso tra i collaboratori un laureato in medicina;

2) un collaboratore laureato in medicina, biologia o chimica;

3) un tecnico di laboratorio diplomato;

- 4) un ausiliario con mansioni esecutive;
- 5) un addetto alle attività amministrative.

L'organico minimo del personale dei laboratori specializzati è il seguente:

a) per i laboratori di analisi chimico-cliniche e tossicologiche il personale previsto è uguale a quello dei laboratori di base. Il direttore può essere anche un laureato in chimica iscritto all'albo professionale dei chimici.

Nel caso che il direttore sia un chimico o un biologo deve essere compreso tra i collaboratori un laureato in medicina e chirurgia;

b) per i laboratori specializzati in microbiologia e sieroinmunologia, ematologia e genetica medica, virologia, il personale previsto è uguale a quello dei laboratori generali di base;

c) per i laboratori specializzati in citoistopatologia il personale previsto è uguale a quello dei laboratori generali di base. Il direttore responsabile deve essere un laureato in medicina e chirurgia munito dei requisiti indicati al punto 1) del presente articolo.

L'organico dei settori specializzati dei laboratori generali di base deve prevedere almeno un laureato con i requisiti richiesti per la direzione della relativa branca specialistica.

Le disposizioni regionali, emanate sentito l'ornico consultivo di cui al successivo art. 17, stabiliranno il rapporto tra carico di lavoro ed organici <sup>(5)</sup>.

---

(5) Vedi la nota 2 agli artt. 3 e 4.

---

## **9. Direttore responsabile.**

Fermo restando che un direttore non può ricoprire tale incarico per più di un laboratorio, il direttore responsabile di un laboratorio generale di base, o di base con settori specializzati, o specializzato, sceglie ed approva i metodi di analisi, risponde dell'attendibilità dei risultati, organizza i servizi ed i controlli di qualità, risponde dell'idoneità delle attrezzature e degli impianti, firma i risultati delle analisi e, se medico, i giudizi diagnostici, è responsabile della registrazione ed archiviazione degli esami. Il direttore è altresì responsabile: dell'applicazione del regolamento interno; dello stato igienico dei locali e della buona funzionalità degli impianti e di tutti i materiali impiegati; delle segnalazioni e denunce obbligatorie previste dalla legge; dell'applicazione delle norme di tutela degli operatori contro i rischi derivanti dalla specifica attività; dell'allestimento e dell'aggiornamento delle carte di controllo di qualità; della conservazione per almeno un anno dei risultati diagnostici; delle relazioni diagnostiche e dei risultati di controllo di qualità; della buona conservazione dei preparati citologici ed istologici e delle occlusioni in paraffina per almeno cinque anni, fatti salvi i disposti di specifiche disposizioni di legge.

In caso di assenza o di impedimento del direttore responsabile, le sue funzioni vengono assunte da un collaboratore laureato in medicina e chirurgia o in biologia. Ove trattasi di laboratorio di citoistopatologia il sostituto deve essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia.

---

---

#### **10. Titolare di laboratorio di analisi cliniche.**

Il titolare di laboratorio di analisi cliniche è tenuto a trasmettere alla regione entro il 31 gennaio di ogni anno l'elenco nominativo, con indicazione delle relative qualifiche, del personale in servizio, il numero degli esami eseguiti nel corso dell'anno precedente secondo una tipologia fornita dalla regione; a trasmettere alla regione, in caso di assenza o di impedimento del direttore per un periodo superiore a sessanta giorni, la dichiarazione di assunzione delle funzioni di direttore da parte di altro operatore con i requisiti previsti dal presente atto per il direttore responsabile; a trasmettere alla regione dati od informazioni richieste, particolarmente per ciò che concerne il controllo di qualità sugli esami eseguiti.

---

---

#### **11. Personale tecnico.**

Il tecnico di laboratorio deve essere in possesso dei titoli necessari per l'ammissione al concorso di tecnico di laboratorio di cui al [decreto ministeriale 30 gennaio 1982](#), e successive modifiche.

---

---

*(commento di giurisprudenza)*

#### **12. Punti di prelievo.**

Il prelievo, di norma, va effettuato presso la sede del laboratorio.

Fatti salvi gli ordinamenti regionali per quanto attiene ai punti di prelievo distaccati delle strutture pubbliche ed all'integrazione funzionale dei laboratori di analisi pubblici, i laboratori di analisi cliniche privati possono essere autorizzati, sentito l'organo tecnico-consultivo di cui al successivo art. 17, ad istituire altri punti di prelievo programmati sulla base di effettive necessità dell'utenza a condizione che:

tali punti di prelievo insistano nel territorio della U.S.L. dove ha sede il laboratorio, in via eccezionale, in quello di un'altra U.S.L. limitrofa;

l'organizzazione e gestione del punto di prelievo ricadano sotto la diretta responsabilità del direttore del laboratorio di analisi;

vengano prescritte precise indicazioni in ordine alle modalità del prelievo;

vengano assicurate tutte le cautele relative alla fase di trasporto dei campioni e reperti biologici idonee a garantire l'affidabilità dei risultati e la protezione igienica.

È anche consentito il prelievo domiciliare effettuato dal personale del laboratorio o dal medico curante quando vi siano motivi documentati di urgenza clinica ed impossibilità di movimento da parte dell'utente, sempreché non esistano possibili interferenze negative sui risultati, a causa del trasporto del materiale e della sua conservazione. Al riguardo l'organo tecnico-consultivo regionale di cui al successivo art. 17 formula le relative indicazioni tecniche.

Le indicazioni relative alle modalità tecniche di prelievo, di trasporto e di conservazione dei campioni e reperti biologici vanno osservate anche dai laboratori di analisi cliniche delle strutture pubbliche.

Il laboratorio privato non può accettare campioni provenienti da altri laboratori o da altri operatori sanitari; salvo i casi previsti nel comma terzo <sup>(6)</sup>.

---

(6) Vedi la nota 2 agli artt. 3 e 4.

---

### **13. Sistema di controllo di qualità.**

La verifica dell'attendibilità dei dati analitici, e quella dell'affidabilità e dell'efficienza dei metodi e della strumentazione impiegata si attuano con l'adozione di programmi di controllo di qualità da parte di tutti i laboratori di analisi cliniche identificati all'art. 2.

Tali programmi prevedono l'uso di sieri e campioni di riferimento e di controllo e valutazioni statistiche intra ed interlaboratori, onde permettere una standardizzazione dei metodi analitici e uno scambio costante di esperienze ed informazioni fra gli operatori dei presidi diagnostici di laboratorio. Il Ministero della sanità sulla base di indicazioni dell'Istituto superiore di sanità di intesa con il Consiglio nazionale delle ricerche provvederà, entro due anni dall'emanazione del presente provvedimento, ad elaborare modelli di referto, a definire una uniforme denominazione e codificazione degli esami di laboratorio, ad indicare criteri per la definizione degli intervalli normali di riferimento degli stessi. Le regioni provvederanno annualmente ad inviare al Servizio informativo sanitario nazionale un elenco dei laboratori di analisi cliniche di cui all'art. 2, operanti sul proprio territorio, nonché informazioni sul numero e sul tipo di ciascun esame effettuato dai laboratori stessi.

---

### **14. Controllo di qualità intralaboratorio.**

Il controllo di qualità intralaboratorio ha lo scopo di garantire nel tempo l'affidabilità del dato analitico.

A tal fine è fatto obbligo a tutti i laboratori di analisi cliniche, per le determinazioni quantitative di impiego corrente:



dell'uso giornaliero di standards per la calibrazione degli strumenti analitici;

dell'uso, con frequenza almeno settimanale, di materiale di controllo di titolo noto per il controllo dell'accuratezza delle analisi;

dell'allestimento e dell'aggiornamento giornaliero delle carte di controllo con calcolo periodico dei coefficienti di variazione.

Nel caso di determinazioni saltuarie, i controlli dovranno essere effettuati di volta in volta; nel caso di tests qualitativi si dovrà fare un uso regolare di materiale di controllo positivo o negativo.

---

### **15. Valutazione esterna di qualità interlaboratorio.**

Il sistema di valutazione esterna di qualità interlaboratorio ha lo scopo di garantire l'affidabilità delle analisi ed il perfezionamento dei metodi delle stesse, di verificare l'efficienza dei presidi e di fornire utili informazioni per il progresso nella standardizzazione dei metodi.

Tale controllo si attua mediante la distribuzione periodica di materiali il cui titolo sia ignoto al laboratorio di analisi cliniche che partecipa al programma di controllo.

Le modalità esecutive di tali programmi e l'analisi dei risultati ottenuti sono predisposti dalle regioni con riferimento a protocolli standardizzati predisposti dall'Istituto superiore di sanità d'intesa con il Consiglio nazionale delle ricerche. L'Istituto superiore di sanità ed il Consiglio nazionale delle ricerche nell'espletamento dei compiti di cui sopra potranno avvalersi di esperti designati dalle maggiori società scientifiche del settore. È garantita in ogni caso la segretezza dei dati analitici e di ogni altra notizia riferentesi all'attività dei laboratori di analisi cliniche impegnati in tali programmi.

---

### **16. Strutture organizzative ed operative dei sistemi di controllo di qualità regionali.**

La legislazione regionale stabilisce le modalità organizzative ed operative per la realizzazione dei programmi di sicurezza di qualità intra ed interlaboratori. Per la realizzazione di tali programmi possono concorrere anche industrie private. La regione provvede annualmente a comunicare al sistema informativo regionale, all'Istituto superiore di sanità ed al Consiglio nazionale delle ricerche i dati relativi alle indagini di controllo di qualità effettuati nei laboratori di analisi cliniche della regione stessa. L'Istituto superiore di sanità può predisporre, d'intesa con le regioni partecipanti, l'effettuazione di controlli campionati riferentesi a specifiche analisi di laboratorio.

A tal fine può avvalersi di altri organismi scientifici pubblici. I risultati di tali controlli, accompagnati da una relazione, sono inviati al Ministero della sanità ed alle regioni.

Con decreto del Ministro della sanità viene fissata la composizione di una commissione tecnicoconsulativa per affiancare l'Istituto superiore di sanità ed il Consiglio nazionale delle ricerche nell'espletamento dei compiti di cui sopra. In ogni caso tale commissione deve comprendere esperti designati dalle società scientifiche del settore.

---

---

### **17. Commissione tecnico-consulativa regionale.**

Le regioni individuano apposito organo tecnico-consulativo con il compito, fra l'altro, di:

1) esprimere pareri per il rilascio o la conferma dei decreti di autorizzazione secondo la normativa regionale in materia, tenuto conto anche delle disposizioni relative alla distribuzione sul territorio dei presidi diagnostici pubblici e privati;

2) formulare proposte agli organi regionali in merito a parametri atti a stabilire la dotazione strumentale e gli organici dei presidi in relazione al carico di lavoro;

3) fornire indicazioni relative all'organizzazione delle strutture finalizzate alla realizzazione dei programmi di controlli di qualità e valutare i risultati conseguiti da tali programmi;

4) mantenere, tramite gli organi regionali, rapporti con la commissione tecnico-consulativa di cui all'ultimo comma dell'art. 16 <sup>(7)</sup>.

---

(7) Vedi la nota 2 agli artt. 3 e 4.

---

### **18. Norme transitorie e finali.**

Criteri generali per una distribuzione dei laboratori di analisi cliniche in modo da assicurarne la funzionalità, l'accessibilità e l'economicità di gestione e da evitare forme di concorrenza non corrette sono dettati con norme che, contestualmente, fissano tempi e modalità per la conferma delle autorizzazioni ai presidi precedentemente autorizzati ex art. 193 del testo unico delle leggi sanitarie o in virtù di successive leggi regionali <sup>(8)</sup>.

Tutti i laboratori di cui al punto 4) del precedente art. 2 devono adeguarsi alle norme previste nel presente provvedimento, per quanto riguarda il personale, entro il periodo di cinque anni. Sono fatte salve le posizioni giuridiche di coloro che dirigono da almeno cinque anni un laboratorio privato o di coloro che per eguale periodo hanno svolto l'attività di tecnico nelle medesime strutture. L'adeguamento delle strutture e delle strumentazioni dei laboratori di analisi cliniche deve aver luogo entro tre anni.

Il mancato adeguamento, entro tali termini, a tutti i requisiti previsti dal presente provvedimento, costituiscono motivo di immediata sospensione dell'attività, alla quale segue la revoca dell'autorizzazione in caso di inottemperanza entro sei mesi dalla ratifica del provvedimento di sospensione.

Entro tre anni, inoltre, i laboratori di analisi cliniche adotteranno, sulla base di quanto previsto agli articoli 13, 14, 15 e 16, idonei programmi di controllo di qualità intra ed interlaboratorio nonché una uniforme denominazione e codificazione degli esami di laboratorio e modalità standardizzate di referto.

---

(8) Vedi la nota 2 agli artt. 3 e 4.

---

Allegato

## **LABORATORI GENERALI DI BASE**

### **ELENCO ESAMI**

(tutti gli esami sottoelencati non devono essere eseguiti con metodiche radioisotopiche)

#### CHIMICA CLINICA

Acido urico (S) (U)

Alfa-1-glicoproteina acida (mucoproteine)

Bicarbonati

Bilirubina frazionata

Bilirubina totale

Calcio (S) (U)

Cloro (S) (U)

Colesterolo totale

Colesterolo H D L

Creatinina (S) (U)

Creatinina clearance

Curva glicemica

Elettroforesi proteine seriche

Elettroforesi lipoproteine

Ferro totale

Ferro capacità legante

Fosforo inorganico (S) (U)

Glucosio (S) (U)

Immunoglobuline

Litio

Magnesio

Potassio (S) (U)

Proteine totali (S) (U)

Sodio (S) (U)

Trigliceridi

Urea (S) (U)

#### Enzimi:

Aldolasi

Amilasi (S) (U)

Colinesterasi

Creatinfosfochinasi

Fosfatasi acida totale e prostatica

Fosfatasi alcalina

Gamma glutamiltransferasi

Lattico deidrogenasi

Lipasi

Transaminasi A S T e A L T

#### Farmaci:

Salicilati

#### Ormoni e metaboliti ormonali:

Triiodotironina (T3)

Tiroxina (T4)

Acido vanilmandelico (U)

17-chetosteroidi totali (U)

H C G (U)

17-idrossicorticosteroidi (U)

## CHIMICA E MICROSCOPIA CLINICA

Esame di calcoli e concrezioni

Esame chimico-fisico delle feci

Ricerca del sangue occulto nelle feci

Esame del latte muliebri (completo)

Intradermoreazione Casoni

Intradermoreazione alla tubercolina

Prova immunologica di gravidanza

Urine:

esame chimico, fisico e microscopico completo con eventuale valutazione quantitativa di glucosio e proteine

conta di Addis

prova di concentrazione

prova di diluizione

## EMATOLOGIA E IMMUNOEMATOLOGIA

Esame emocromocitometrico e morfologico

Formula leucocitaria

Conteggio reticolociti

Determinazione dell'ematocrito

Velocità di eritrosedimentazione

Resistenza osmotica eritrocitaria (test rapido)

Glucosio 6-fosfato deidrogenasi (test di screening)

Fibrinogeno

F.D.P.

Dosaggio antitrombina III

Tempo di emorragia

Tempo di protrombina (P T)

Tempo di tromboplastina parziale (P T T)

Conteggio piastrine

Screening dell'emostasi (tempo di emorragia, tempo di protrombina, tempo di tromboplastina parziale, conteggio piastrine)

Determinazione del gruppo ematico e del fenotipo Rh (anti D) secondo norme ministeriali

Test di Coombs diretto e indiretto

Cromatina di Barr

## SIEROIMMUNOLOGIA

Sierologia della lue:

VDRL

Sierologia delle malattie reumatiche:

proteina C reattiva

test per artrite reumatoide

titolo antistreptolisinico

titolo antistafilolisinico

Sierologia delle infezioni batteriche:

reazione di agglutinazione per tipo-paratifi (Widal, con 5 antigeni)

per brucellosi (1 antigene, Wright)

Sierologia della mononucleosi

Antigene Hbs Ag (Au)

## MICROBIOLOGIA E PARASSITOLOGIA



## Esame microscopico:

a fresco (trichomonas, giardie, amebe, miceti, protozoi malarici)

con arricchimento per parassiti (uova di elminti nelle feci)

con colorazioni orientative

con colorazioni speciali:

1) per micobatteri

2) per protozoi

3) per difterici

4) per miceti

Urinocoltura quantitativa senza identificazione della specie

## LABORATORI SPECIALIZZATI ELENCO ESAMI

Laboratorio specializzato per la chimica clinica e tossicologia - elenco esami (gli esami utilizzando radioisotopi riguardano anche i laboratori di medicina nucleare).

Acido acetacetico ed acetone

Acido delta-amminolevulinico (ALA)

Acido fenilpiruvico

Acidi grassi liberi (FFA)

Acido 5-idrossiindolacetico (5 HIAA)

Acido ippurico

Acido lattico

Acido piruvico

Adrenalina e noradrenalina urine e plasma

ALA-deidrasi eritrocitaria

Alcool etilico

Alfa-fetoproteina

Ammoniaca  
Antigene carcino-embrionale (CEA)  
Barbiturici  
Bromosultaleina (test alla -) (BSF)  
Catecolammine urinarie  
17-chetosteroidi frazionati  
Glinesterai (N° di dibucaina)  
Coproporfirine  
Creatina  
Crioglobuline  
Estriolo  
Estrogeni totali  
Emoglobina glicosilata  
Galattosio  
Idrossibutirrato deidrogenasi (HBDH)  
Idrossiprolina (U) (S)  
Immunolettroforesi  
Isoenzimi: LDH, CK, AST, ALP, ecc.  
Lattosio  
Osmolarità  
pH, PCO<sub>2</sub>, PO<sub>2</sub> (emogasometria)  
Piombo (S) (U)  
Piruvatochinasi (PK)  
Pregnandiolo (U)  
Pregnantriolo (U)  
Rame  
Posso Congo (test al-)  
Steroidi urinari, dosaggio frazionato GLC (AS)  
Test del sudore  
Uroporfirina

Xilosio

Proteine specifiche del siero:

alfa 1-antitripsina

alfa 2-macroglobulina

aptoglobina

ceruloplasmina

frazioni C3 e C4 fissanti il complemento

transferrina

Esami eseguiti con metodiche radioisotopiche

Triiodotironina

Tiroxina

TBG

TSH

Cortisolo

GH (somatotropo)

Insulina

FSH

LH

HCG

Beta - HCG

HPL (lattogeno placentare)

Prolattina

Estrogeni totali (in gravidanza)

Estradiolo

Estriolo

Progesterone

Testosterone

Alfa 1-fetoproteina

Ig E totali

Digossina

Teofillina

Anticorpi dell'HBS Ag. anti C e anti E

Aldosterone

Paratormone

Ferritina

## LABORATORIO SPECIALIZZATO DI EMATOLOGIA - ELENCO ESAMI

Curva di distribuzione volumetrica delle piastrine e degli altri elementi figurati del sangue

Lettura aspirato midollare

Colorazioni citochimiche e citoenzimatiche delle cellule del sangue midollare e periferico

Dosaggio Ferritina, vitamina B12 e acido folico

Test dell'autoemolisi

Dosaggio enzimi eritrocitari: G6PD, PK, GSSG-R

Dosaggio metaboliti eritrocitari: GSH

Ricerca delle emoglobine anomale (elettroforesi e quantizzazione per eluizione) e studio dell'affinità per l'ossigeno

Dosaggio dell'emoglobina alcali resistente

Determinazione fenomeno falcemia

Ricerca delle emazie fetali (Kleihauer e immunofluorescenza)

Determinazione della metaemoglobina, solfoemoglobina e carbosiemoglobina

Cariotipo delle cellule midollari e del sangue periferico

Determinazione delle popolazioni linfocitarie

Tempo di trombina

Dosaggio dei fattori della coagulazione

Studio della fibrinolisi e dosaggio dei diversi prodotti di degradazione del fibrinogeno

Tests di funzionalità piastrinica (aggregazione, adesività, ecc.)

Dosaggio degli inibitori della coagulazione e della fibrinolisi

Ricerca di auto ed isoanticorpi eritrocitari per la diagnosi delle anemie emolitiche

Ricerca di anticorpi, antiplastrine e antileucociti

Gruppi e sottogruppi sanguigni

## LABORATORIO SPECIALIZZATO DI MICROBIOLOGIA E, SIEROIMMUNOLOGIA -

### ELENCO ESAMI

Esame colturale di materiali clinici (sangue, urine, feci, liquor, secreto uretrale, essudato rinofaringeo, ecc.) con isolamento e identificazione del microrganismo isolato

Antibiogramma sui ceppi isolati

Sierologia della lue (RW, TPHA, FTA - ABS)

Sierologia per infezioni batteriche

Indagini sierologiche per:

a) *Toxoplasma gondii* (FC, agglutinazione diretta, immunofluorescenza indiretta, ELISA)

b) Rosolia (inibizione dell'emoagglutinazione, immunofluorescenza indiretta, ELISA)

c) Citomegalovirus (FC, ELISA, immunofluorescenza)

d) Herpes Simplex e altri virus della famiglia herpes virile Sierologia per echinococcosi (Ghedini - Weimberg, emoagglutinazione passiva)

Ricerca della larva migrans

Esame microscopico a fresco o con colorazione per p. malarica, della leishmania e altri protozoi

## LABORATORIO SPECIALIZZATO DI VIROLOGIA - ELENCO ESAMI

Isolamento e identificazione dell'agente virale in materiali clinici (essudato rinofaringeo gargarizzato, escreato, feci, urine, sangue, liquor, raschiato lesioni cutanee, ecc.) mediante inoculazione in colture di cellule e/o uova embrionate, animali recettivi, e in materiali di varia provenienza per indagini epidemiologiche

Indagini sierologiche (fissazione del complemento, inibizione dell'emoagglutinazione, immunofluorescenza indiretta, ELISA)

## LABORATORIO SPECIALIZZATO DI GENETICA MEDICA - ELENCO ESAMI

Cariotipo linfociti periferici

Cariotipo midollo osseo

Colture di cellule amniotiche per diagnosi prenatale

Tecniche bandeggio cromosomico

Cromatina sessuale

Gruppi sanguigni

Determinazione antigeni della istocompatibilità (HLA)

Blastizzazione da mitogeni

Colture miste linfocitarie unidirezionali

Determinazione enzimi in colture cellulari

## LABORATORIO SPECIALIZZATO DI CITOISTOPATOLOGIA - ELENCO ESAMI

Esame microscopico su liquidi (sangue, urine, liquido cefalorachidiano, sperma, ecc.) ed annessi cutanei provenienti dagli organismi viventi

Determinazione cromatina sessuale

Cariotipo

Esame istologico per inclusione di materiale proveniente dagli organi viventi

Esami istologici al congelatore

Citologia oncologica

Citologia ormonale

---

L.R. 5 novembre 1987, n. 55

---

L. 30-12-2018 n. 145

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021.

Pubblicata nella Gazz. Uff. 31 dicembre 2018, n. 302, S.O.

## **L. 30 dicembre 2018, n. 145** <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>.

### **Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021.**

---

(1) Pubblicata nella Gazz. Uff. 31 dicembre 2018, n. 302, S.O.

(2) Con *L. 1° ottobre 2019, n. 110* sono state emanate disposizioni per l'assestamento del bilancio dello Stato per l'anno finanziario 2019.

---

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

---

#### **Art. 1 - Comma 517**

517. All'*articolo 1, comma 594, secondo periodo, della legge 27 dicembre 2017, n. 205*, dopo le parole: « socio-assistenziale, limitatamente agli aspetti socio-educativi » sono inserite le seguenti: « , nonché, al fine di conseguire risparmi di spesa, nei servizi e nei presidi socio-sanitari e della salute limitatamente agli aspetti socio-educativi ».

---

Cost. 27-12-1947

Costituzione della Repubblica italiana.

La Costituzione fu approvata dall'Assemblea Costituente il 22 dicembre 1947, promulgata dal Capo provvisorio dello Stato il 27 dicembre 1947, pubblicata nella Gazz. Uff. 27 dicembre 1947, n. 298, ediz. straord., ed entrò in vigore il 1° gennaio 1948. Vedi XVIII disp. trans. fin., comma primo.

## **Cost. 27 dicembre 1947 <sup>(1)</sup>.**

### **Costituzione della Repubblica italiana .**

---

**(1)** La Costituzione fu approvata dall'Assemblea Costituente il 22 dicembre 1947, promulgata dal Capo provvisorio dello Stato il 27 dicembre 1947, pubblicata nella Gazz. Uff. 27 dicembre 1947, n. 298, ediz. straord., ed entrò in vigore il 1° gennaio 1948. Vedi XVIII disp. trans. fin., comma primo.

---

**117.** La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.

Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

a) politica estera e rapporti internazionali dello Stato; rapporti dello Stato con l'Unione europea; diritto di asilo e condizione giuridica dei cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea;

b) immigrazione;

c) rapporti tra la Repubblica e le confessioni religiose;

d) difesa e Forze armate; sicurezza dello Stato; armi, munizioni ed esplosivi;

e) moneta, tutela del risparmio e mercati finanziari; tutela della concorrenza; sistema valutario; sistema tributario e contabile dello Stato; armonizzazione dei bilanci pubblici; perequazione delle risorse finanziarie <sup>(169)</sup>;

f) organi dello Stato e relative leggi elettorali; *referendum* statali; elezione del Parlamento europeo;

g) ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali;

h) ordine pubblico e sicurezza, ad esclusione della polizia amministrativa locale;

i) cittadinanza, stato civile e anagrafi;



l) giurisdizione e norme processuali; ordinamento civile e penale; giustizia amministrativa;

m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;

n) norme generali sull'istruzione;

o) previdenza sociale;

p) legislazione elettorale, organi di governo e funzioni fondamentali di Comuni, Province e Città metropolitane;

q) dogane, protezione dei confini nazionali e profilassi internazionale;

r) pesi, misure e determinazione del tempo; coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale; opere dell'ingegno;

s) tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali.

Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni; commercio con l'estero; tutela e sicurezza del lavoro; istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale; professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; tutela della salute; alimentazione; ordinamento sportivo; protezione civile; governo del territorio; porti e aeroporti civili; grandi reti di trasporto e di navigazione; ordinamento della comunicazione; produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia; previdenza complementare e integrativa; coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali; casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale; enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato <sup>(170)</sup>.

Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nelle materie di loro competenza, partecipano alle decisioni dirette alla formazione degli atti normativi comunitari e provvedono all'attuazione e all'esecuzione degli accordi internazionali e degli atti dell'Unione europea, nel rispetto delle norme di procedura stabilite da legge dello Stato, che disciplina le modalità di esercizio del potere sostitutivo in caso di inadempienza.

La potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva, salva delega alle Regioni. La potestà regolamentare spetta alle Regioni in ogni altra materia. I Comuni, le Province e le Città metropolitane hanno potestà regolamentare in ordine alla disciplina dell'organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite.

Le leggi regionali rimuovono ogni ostacolo che impedisce la piena parità degli uomini e delle donne nella vita sociale, culturale ed economica e promuovono la parità di accesso tra donne e uomini alle cariche elettive.

La legge regionale ratifica le intese della Regione con altre Regioni per il migliore esercizio delle proprie funzioni, anche con individuazione di organi comuni.

Nelle materie di sua competenza la Regione può concludere accordi con Stati e intese con enti territoriali interni ad altro Stato, nei casi e con le forme disciplinati da leggi dello Stato <sup>(171)</sup>.

---

(169) Lettera così modificata dalla lettera *a*) del comma 1 dell'*art. 3, L.Cost. 20 aprile 2012, n. 1*. Le disposizioni di cui alla citata *L.Cost. n. 1/2012* si applicano, ai sensi di quanto disposto dal comma 1 dell'*art. 6* della stessa, a decorrere dall'esercizio finanziario relativo all'anno 2014.

(170) Comma così modificato dalla lettera *b*) del comma 1 dell'*art. 3, L.Cost. 20 aprile 2012, n. 1*. Le disposizioni di cui alla citata *L.Cost. n. 1/2012* si applicano, ai sensi di quanto disposto dal comma 1 dell'*art. 6* della stessa, a decorrere dall'esercizio finanziario relativo all'anno 2014.

(171) Articolo così sostituito dall'*art. 3, L.Cost. 18 ottobre 2001, n. 3*. Per l'attuazione del presente articolo vedi la *L. 5 giugno 2003, n. 131* e il *D.Lgs. 24 aprile 2006, n. 208*.

Puglia

L.R. 10-7-2006 n. 19

Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia.  
Pubblicata nel B.U. Puglia 12 luglio 2006, n. 87.

## **L.R. 10 luglio 2006, n. 19 <sup>(1)</sup>.**

### **Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia <sup>(2)</sup>.**

---

(1) Pubblicata nel B.U. Puglia 12 luglio 2006, n. 87.

(2) Ai sensi dell'*art. 1, comma 3, L.R. 21 marzo 2007, n. 7* la suddetta legge interviene in attuazione della presente legge. Vedi anche la *Delib.G.R. 17 febbraio 2009, n. 168* e la *Delib.G.R. 19 novembre 2012, n. 2368*.

---

Il Consiglio regionale ha approvato

Il Presidente della Giunta regionale

Promulga la seguente legge:

---

#### **Art. 1**

##### *Finalità.*

1. La Regione Puglia programma, coordina e assicura sul territorio un sistema integrato d'interventi e servizi sociali per le persone, le famiglie e i nuclei di persone, al fine di garantire la qualità della vita, le pari opportunità, la non discriminazione e i diritti di cittadinanza, operando per prevenire, eliminare o ridurre gli ostacoli alla piena inclusione sociale derivante da condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociale e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.

2. Per il conseguimento delle finalità di cui al comma 1, la Regione Puglia ispira il sistema integrato dei servizi sociali prioritariamente al principio di domiciliarità, in modo da favorire l'integrazione e l'inclusione sociale per costruire comunità solidali.

---

## TITOLO I

### Il sistema integrato dei servizi sociali

#### Art. 2

##### *Principi generali.*

1. Il sistema integrato d'interventi e servizi sociali si fonda sul rispetto dei seguenti principi:

a) tutela della vita umana sin dal suo inizio, così come previsto dalla [legge 22 maggio 1978, n. 194](#) (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza);

b) dignità della persona e garanzia di riservatezza;

c) universalità di accesso al sistema integrato dei servizi sociali;

d) libera scelta dell'utente e, ove impossibilitato, dei suoi familiari, per l'accesso ai servizi offerti dal sistema integrato socio-assistenziale, nel rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni rispetto alle situazioni di bisogno;

e) valorizzazione delle potenzialità e delle risorse delle persone e delle famiglie;

f) sostegno e promozione del recupero di autonomia delle persone diversamente abili e non autosufficienti;

g) valorizzazione del ruolo della famiglia, quale nucleo fondamentale nelle comunità locali per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona;

h) estensione delle tutele ai nuclei di persone legate da vincoli di parentela, affinità, adozione, tutela e da altri vincoli solidaristici;

i) partecipazione attiva dei cittadini singoli e associati, nell'ambito dei principi di solidarietà e di auto-organizzazione;

j) sussidiarietà.

2. La realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali per costruire comunità solidali s'ispira ai seguenti principi:

a) omogeneità e adeguatezza al sistema di bisogni e di domande sociali rilevati sul territorio regionale;

b) efficienza, efficacia ed economicità;

c) flessibilità e personalizzazione degli interventi;

d) sostenibilità delle priorità strategiche e degli obiettivi d'intervento, rispetto all'impiego delle risorse disponibili;

e) integrazione delle politiche sociali con tutte le politiche di settore atte a prevenire tutte le condizioni di disagio e di esclusione sociale;

f) professionalità e specificità delle prestazioni professionali.

---

### **Art. 3**

#### *Diritto alle prestazioni.*

1. Il sistema integrato ha carattere di universalità e promuove l'attuazione dei diritti di cittadinanza sociale e del sistema di responsabilità condivise delle istituzioni pubbliche e dei soggetti sociali per la costruzione di una comunità solidale. Hanno diritto ad accedere agli interventi e ai servizi del sistema integrato tutte le persone residenti in Puglia.

2. I Comuni garantiscono ai cittadini di altre regioni l'accesso ai servizi socio-assistenziali in base ad accordi interregionali, fatta salva in ogni caso la garanzia degli interventi indifferibili.

3. I cittadini di Stati membri dell'Unione europea e i loro familiari, nonché i cittadini stranieri di cui all'*articolo 41 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286* (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero), accedono ai servizi socio-assistenziali nel rispetto degli accordi internazionali e secondo le modalità definite dal regolamento regionale di cui all'articolo 64.

4. Per le prestazioni e i servizi rivolti ai soggetti di cui ai commi 2 e 3 il Comune competente è quello nel cui territorio è stato rintracciato il minore, fatto salvo il diritto di rivalsa in base agli accordi interregionali e internazionali <sup>(3)</sup>.

4-bis. Per le prestazioni e i servizi, aventi valore di interventi indifferibili, rivolti ai minori, è competente il comune nel quale risiede il minore al momento in cui si è manifestata la necessità di intervento. Se il minore è privo di residenza, il comune competente è quello nel cui territorio è stato rintracciato il minore <sup>(4)</sup>.

5. I criteri di partecipazione e/o compartecipazione al costo delle prestazioni da parte dei cittadini utenti sono definiti nel regolamento regionale.

6. In base alle indicazioni del Piano regionale delle politiche sociali e del regolamento regionale e delle disposizioni nazionali in materia di livelli essenziali di assistenza, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni secondo i parametri definiti dai Comuni i cittadini in condizioni di povertà o con reddito insufficiente o con incapacità totale o parziale di provvedere ai propri bisogni per inabilità d'ordine sensoriale, fisico e psichico o dovuta a pluriminorazione, con difficoltà d'inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali.

7. I soggetti di cui al presente articolo hanno diritto di accesso agli interventi e ai servizi del sistema integrato socio-assistenziale partecipando al costo delle prestazioni in relazione alla condizione economica secondo le disposizioni della presente legge.

8. [Il Piano regionale delle politiche sociali riserva una quota delle risorse per l'anticipazione ai Comuni degli oneri derivanti dagli interventi di cui al comma 3,

nelle more dell'azione di rivalsa e per gli interventi dei Comuni in ottemperanza alle ordinanze dei Tribunali per i minorenni] <sup>(5)</sup>.

---

(3) Comma così sostituito dall'art. 1, comma 1, lettera a), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. Il testo originario era così formulato: «4. Per i soggetti di cui al comma 3 e per tutti gli interventi indifferibili, il Comune tenuto a garantire i servizi socio-assistenziali è identificato nel Comune nel cui territorio si è manifestata la necessità dell'intervento, fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti del Comune di residenza del cittadino destinatario dell'intervento e per i cittadini stranieri in base agli accordi internazionali.».

(4) Comma aggiunto dall'art. 1, comma 1, lettera b), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(5) Comma abrogato dall'art. 1, comma 1, lettera c), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

---

#### **Art. 4**

##### *Strumenti e metodi per la realizzazione del sistema.*

1. Il sistema d'interventi e servizi sociali è definito dal Piano regionale delle politiche sociali e realizzato attraverso i Piani sociali di zona, garantendo la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete secondo gli ambiti territoriali socio-assistenziali come definiti dalla Regione.

2. Il sistema integrato d'interventi e servizi sociali si realizza attraverso i seguenti metodi:

a) coordinamento dell'integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari e dell'integrazione con tutte le politiche che mirano al benessere delle persone e alla qualità della vita;

b) cooperazione interistituzionale;

c) concertazione tra i diversi livelli istituzionali e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, gli organismi di rappresentanza del volontariato e della cooperazione sociale, gli ordini e le associazioni professionali, le associazioni di categoria, le associazioni delle famiglie e degli utenti della Regione Puglia.

---

#### **Art. 5**

##### *Ambiti territoriali.*

1. Gli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari corrispondono alle circoscrizioni territoriali dei distretti socio-sanitari. Il Comune capofila dell'ambito territoriale è di norma il Comune sede del distretto socio-sanitario, salvo diversa decisione della Conferenza dei sindaci dell'ambito territoriale.

2. La Giunta regionale, su proposta dei Comuni interessati e sentito il parere delle Province territorialmente competenti, può determinare un diverso assetto circoscrizionale degli ambiti territoriali. Le modifiche nell'assetto circoscrizionale degli ambiti territoriali devono intervenire entro la data di approvazione del Piano regionale socio-assistenziale e, comunque, non oltre la data di decorrenza dei termini di avvio per il lavoro di stesura dei Piani sociali di zona.

3. Le modifiche dei confini amministrativi dei distretti socio-sanitari non modificano i confini amministrativi degli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, fino alla scadenza del triennio di programmazione sociale dei Piani sociali di zona in corso alla data delle modifiche intervenute, salvo diversa decisione degli stessi Comuni interessati. In tal caso i Comuni dell'ambito territoriale sociale modificano gli assetti organizzativi in relazione alle intervenute variazioni degli assetti istituzionali, aggiornando anche obiettivi e contenuti del vigente Piano sociale di zona.

---

## Art. 6

### *Gestione associata.*

1. La gestione associata dei servizi socio-assistenziali è, di norma, esercitata dai Comuni appartenenti allo stesso distretto socio-sanitario.

2. Il Piano regionale, in presenza di particolari condizioni socio-ambientali e organizzative e per specifiche tipologie di servizi socio-assistenziali, può prevedere, su proposta dei Comuni interessati e sentito il parere delle Province territorialmente competenti, che la gestione associata sia esercitata anche tra Comuni appartenenti a diverso distretto socio-sanitario.

3. I Comuni appartenenti allo stesso ambito territoriale di cui all'articolo 5 determinano autonomamente la forma di gestione associata, scegliendola tra le forme previste dagli articoli 30 e seguenti del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, emanato con [decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267](#). I Comuni, inoltre, possono attribuire la gestione di alcuni o tutti i servizi del Piano sociale di zona (PSZ) a una delle aziende pubbliche di servizi alla persona di cui alla [legge regionale 30 settembre 2004, n. 15](#) (Riforma delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza - IPAB - e disciplina delle aziende pubbliche dei servizi alle persone) e successive modifiche e integrazioni, che abbia sede legale nel territorio dell'ambito e nel cui consiglio di amministrazione sia rappresentato almeno uno dei comuni dell'ambito stesso, ovvero a un'istituzione dotata di autonomia gestionale ai sensi dell'[articolo 114 del D.Lgs. 267/2000](#) <sup>(6)</sup>.

4. I Comuni appartenenti allo stesso ambito territoriale definiscono autonomamente le forme di gestione dei servizi previsti nel Piano sociale di zona, nel rispetto di quanto previsto all'articolo 56, e possono avvalersi anche delle aziende pubbliche di servizi alla persona di cui al [D.Lgs. n. 207/2001](#), aventi sede legale nel territorio dell'ambito, laddove presenti.

5. La Giunta regionale, decorso inutilmente il termine fissato nel Piano regionale, sentita la Conferenza Regione-Enti locali, individua, ai sensi dell'[articolo 33, comma 2, del D.Lgs. n. 267/2000](#), la forma associativa e ne disciplina la gestione con specifico regolamento per gli ambiti distrettuali inadempienti.



6. Il regolamento di cui al comma 5 resta in vigore sino all'approvazione delle forme di gestione da parte dei Comuni.

---

(6) Comma così sostituito dall'[art. 2, comma 1, L.R. 6 febbraio 2013, n. 7](#), a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. Il testo originario era così formulato: «3. I Comuni appartenenti allo stesso ambito territoriale, di cui all'articolo 5, determinano autonomamente la forma di gestione associata, scegliendola tra le forme previste dagli [articoli 30 e seguenti del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267](#) (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali), e possono attribuire l'esercizio delle funzioni socio-assistenziali a una delle aziende pubbliche di servizi alla persona di cui al [decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207](#) (Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'[articolo 10 della legge 8 novembre 2000, n. 328](#)), avente sede legale nel territorio dell'ambito o a un'istituzione dotata di autonomia gestionale ai sensi dell'[articolo 114 del D.Lgs. n. 267/2000](#).».

---

## **Art. 7**

### *Incentivazione delle forme associate.*

1. Il Piano regionale delle politiche sociali determina le risorse aggiuntive da destinare, quali contributi per la gestione associata, ai Comuni con minore dimensione demografica, così come individuati dallo stesso Piano, e individua le forme d'incentivazione per la gestione associata da parte degli altri Comuni.

2. Al fine d'incentivare la gestione associata del sistema di servizi e interventi sociali e socio-sanitaria di ambito da parte dei Comuni, le forme di incentivazione tengono conto prioritariamente della capacità di spesa delle risorse assegnate all'ambito, dell'incidenza dei servizi a valenza di ambito o sovracomunali sul totale dei servizi previsti con il Piano sociale di zona, delle forme di gestione individuate per detti servizi a valenza di ambito o sovracomunale, dell'attivazione di un sistema di accesso unico alla rete dei servizi dell'ambito. Il Piano regionale delle politiche sociali può individuare ulteriori variabili di esame delle diverse esperienze territoriali per l'assegnazione delle risorse di cui al comma 1.

---

## **Art. 8**

### *Sistema locale dei servizi sociali.*

1. Il sistema locale si articola in un insieme d'interventi e servizi socio-assistenziali realizzati in modo coordinato e integrato con gli interventi dei diversi settori della collettività attivati dai diversi soggetti pubblici e privati posti in rete attraverso la programmazione definita dal Piano sociale di zona.

2. Il Piano di zona, nell'ambito degli indirizzi del Piano regionale delle politiche sociali, definisce i servizi e gli interventi essenziali e prevede le modalità per far fronte alle situazioni di emergenza sociale.

3. Il Piano regionale determina le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi che costituiscono livelli delle prestazioni, che devono essere assicurati dal



piano di zona.

---

---

## **Art. 9**

### *Piano regionale delle politiche sociali <sup>(7)</sup>.*

1. La Regione approva il Piano regionale triennale delle politiche sociali in armonia con gli altri piani di settore.

2. Il Piano regionale individua:

- a) i bisogni del territorio;
- b) le priorità degli interventi;
- c) il riparto delle risorse;
- d) i livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi;
- e) gli indirizzi per la realizzazione e lo sviluppo del sistema;
- f) i Comuni di minore dimensione demografica, ai fini dell'applicazione dell'articolo 7, comma 1, della presente legge, tenuti alla gestione associata dei servizi e fissa il termine entro cui deve essere individuata la forma di gestione;
- g) le modalità per il raccordo tra la pianificazione regionale e quella zonale e in particolare le linee d'indirizzo e gli strumenti per la pianificazione di zona, garantendo comunque l'uniformità dei servizi offerti sul territorio regionale;
- h) i criteri per il concorso dei soggetti di cui all'articolo 4, comma 2, lettera c), alla definizione dei Piani di zona;
- i) l'integrazione socio-sanitaria, in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario regionale;
- j) il coordinamento per l'integrazione con le politiche dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale, dell'avviamento al lavoro, del reinserimento nelle attività lavorative, dello sviluppo locale, della riqualificazione urbana, dell'ambiente, della cultura, del tempo libero, dei trasporti, delle comunicazioni, dell'urbanistica e delle politiche abitative;
- k) la quota delle risorse da riservare per l'anticipazione ai Comuni degli oneri derivanti dagli interventi di cui ai commi 3 e 4 dell'articolo 3, nelle more dell'azione di rivalsa e per gli interventi dei Comuni in ottemperanza alle ordinanze dei Tribunali per i minorenni;
- l) gli interventi di promozione e coordinamento delle azioni di assistenza tecnica per l'istituzione e la gestione degli interventi sociali da parte degli enti locali;
- m) gli interventi di sperimentazione dei modelli innovativi di servizi in grado di coordinare le risorse umane e finanziarie presenti a livello locale e di collegarsi, inoltre, alle esperienze sviluppate a livello europeo;

- n) le altre forme di interventi oltre a quelle contemplate nella presente legge;
- o) gli interventi di promozione di metodi e strumenti per il controllo di gestione atti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi e i risultati delle azioni previste;
- p) il programma e il finanziamento per la formazione, la riqualificazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali;
- q) gli indicatori per il monitoraggio dell'efficacia, dell'efficienza e della qualità dei servizi erogati con i Piani sociali di zona.

---

(7) Con [Delib.G.R. 13 ottobre 2009, n. 1875](#) è stato approvato il piano regionale delle politiche sociali, ai sensi del presente articolo.

---

## **Art. 10**

### *Piano sociale di zona.*

1. Il Piano sociale di zona ha durata triennale ed è definito dai Comuni singoli o associati, d'intesa con le Aziende unità sanitarie locali (AUSL), sulla base delle indicazioni del Piano regionale e con la piena partecipazione dei soggetti di cui all'articolo 4, comma 2, lettera c), che, attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione, concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del Piano.
2. Il Piano sociale di zona, adottato con accordo di programma, definisce:
  - a) il sistema locale degli interventi e dei servizi sociali garantendo i livelli essenziali delle prestazioni e provvedendo alla localizzazione dei servizi;
  - b) gli obiettivi strategici e le priorità d'intervento, nonché gli strumenti e le risorse per la loro realizzazione;
  - c) le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie strutturali e professionali, i requisiti di qualità;
  - d) le modalità di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo dei servizi sociali, le procedure e gli strumenti per la rendicontazione economica del Piano di zona e per il monitoraggio e la valutazione delle attività e dei risultati conseguiti nell'ambito del Piano di zona;
  - e) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;
  - f) le modalità del coordinamento con gli organi periferici dell'amministrazione scolastica, penitenziaria e giudiziaria;
  - g) le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti attuatori;
  - h) le forme di collaborazione con le Aziende USL per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria, nonché i criteri di ripartizione della spesa;
  - i) gli interventi e i servizi socio-assistenziali per i quali appare ottimale un livello di organizzazione sovra-ambito, individuando gli enti gestori tra le istituzioni

pubbliche con competenze sovracomunali e dotate di autonomia gestionale, concorrendo alla definizione progettuale degli stessi interventi e attribuendo le risorse economiche corrispondenti;

j) il coordinamento per l'integrazione con tutte le politiche che mirano al benessere delle persone e alla qualità della vita;

k) le iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori;

l) le forme e le modalità di partecipazione dei cittadini e degli utenti alla programmazione e al controllo della qualità dei servizi.

3. Il Piano di zona, in caso di gestione associata, è promosso dal Sindaco del comune sede del distretto socio-sanitario ed è approvato con accordo di programma.

---

## **Art. 11**

### *Integrazione socio-sanitaria.*

1. La Regione Puglia promuove, qualifica e sostiene l'integrazione socio-sanitaria; le attività sono finalizzate a soddisfare in modo integrato i bisogni dei cittadini in termini di recupero e mantenimento delle autonomie personali, d'inserimento sociale e miglioramento delle condizioni di vita e di tutela della salute.

2. I rapporti tra i soggetti erogatori degli interventi e dei servizi socio-assistenziali e le aziende erogatrici delle prestazioni sanitarie sono regolati sulla base degli atti d'indirizzo della Regione.

3. La Regione istituisce la Commissione regionale per l'integrazione socio-sanitaria per elaborare gli indirizzi in materia, favorire la diffusione e l'applicazione degli stessi, monitorare i processi d'integrazione in atto e i risultati conseguiti, contribuire alla programmazione finanziaria degli Assessorati alla solidarietà e alle politiche per la salute, per quanto di propria competenza <sup>(8)</sup>.

4. La Commissione regionale per l'integrazione socio-sanitaria è nominata dal Presidente della Giunta regionale, sentiti gli Assessori alla solidarietà e alle politiche per la salute, ed è composta da:

a) tre rappresentanti dei settori afferenti all'Assessorato alla solidarietà della Regione;

b) tre rappresentanti dei settori afferenti all'Assessorato alla sanità della Regione, di cui uno in rappresentanza dell'ARES;

c) due esperti esterni, con competenze specialistiche in materia di programmazione sociale e socio-sanitaria, ai quali viene riconosciuto un gettone di presenza per le riunioni svolte dalla Commissione.

5. La Giunta regionale provvede a definire gli obiettivi specifici, le risorse e le modalità di funzionamento della Commissione regionale per l'integrazione socio-sanitaria.

6. La Commissione regionale per l'integrazione socio-sanitaria presenta semestralmente il lavoro svolto ai soggetti di cui all'articolo 4, comma 2, lettera c), nonché ai comitati consultivi misti istituiti in seno alle AUSL, al fine di promuovere un confronto permanente con tutti i soggetti interessati e la concertazione sulle priorità d'intervento in campo socio-sanitario.

6-bis. Al fine di uniformare i percorsi diagnostici e riabilitativo-assistenziali e definire i requisiti strutturali e organizzativi dei luoghi di cura e per l'assistenza domiciliare, è istituita la Commissione regionale Alzheimer, con il coordinamento organizzativo dell'ARES. La Commissione è composta da:

1) il dirigente del Servizio assistenza territoriale e prevenzione dell'Assessorato alle politiche della salute, che la coordina;

2) il dirigente del Servizio programmazione sociale e integrazione socio-sanitaria;

3) il direttore dell'ARES o suo delegato;

4) un rappresentante delle associazioni delle famiglie di pazienti Alzheimer a livello regionale;

5) un rappresentante dei direttori dei distretti socio-sanitari;

6) un rappresentante dei dirigenti medici aziendali competenti per i servizi territoriali riabilitativi dedicati all'Alzheimer;

7) un dirigente ASL con documentate competenze tecnico-scientifiche in materia di patologie neurodegenerative e demenze senili;

8) un funzionario dell'Assessorato alle politiche della salute, con funzioni di segretario <sup>(9)</sup>.

6-ter. La Giunta regionale, con deliberazione da adottare entro il 10 aprile 2013, istituisce la Commissione, ne definisce gli obiettivi dell'attività almeno biennali e ne disciplina la partecipazione allargata a esperti e operatori sanitari interessati per competenza <sup>(10)</sup>.

---

(8) Con [Delib.G.R. 19 giugno 2007, n. 895](#) è stata istituita la Commissione regionale per l'integrazione socio-sanitaria, di cui al presente comma.

(9) Comma aggiunto dall'[art. 3, comma 1, L.R. 6 febbraio 2013, n. 7](#), a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(10) Comma aggiunto dall'[art. 3, comma 1, L.R. 6 febbraio 2013, n. 7](#), a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

---

## **Art. 12**

### *Livelli essenziali delle prestazioni.*

1. Il sistema d'integrazione degli interventi e dei servizi sociali fornisce risposte omogenee sul territorio finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi d'inclusione sociale <sup>(11)</sup>:

- a) mantenimento a domicilio dei cittadini e sviluppo della loro autonomia;
- b) sostegno delle puerpere e dei neonati e promozione dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari a tutela dei diritti di cittadinanza dei minori e degli adulti, delle donne in difficoltà e delle situazioni di monogenitorialità;
- c) piena integrazione sociale e lavorativa delle persone diversamente abili;
- d) soddisfacimento delle esigenze di tutela residenziale e semiresidenziale delle persone non autonome e non autosufficienti;
- e) informazione e consulenza diffuse per favorire la fruizione delle opportunità di accesso ai servizi per le persone e le famiglie;
- f) garanzia di ogni altro intervento qualificato a carattere socio-assistenziale e socio-sanitario, per quanto di competenza, al fine di garantire l'esigibilità dei diritti sociali di cui all'articolo 117, comma secondo, lettera m), della Costituzione.

2. Nelle more della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni da parte dello Stato, la Regione e gli Enti locali garantiscono le prestazioni e i servizi essenziali per assicurare il rispetto degli obiettivi di cui al comma 1, identificabili nelle seguenti tipologie, tenendo conto delle risorse disponibili e delle esigenze delle diverse articolazioni territoriali:

- a) il servizio sociale professionale;
- b) il servizio di segretariato sociale per favorire l'accesso ai servizi, mediante l'informazione e la consulenza ai cittadini;
- c) il servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza;
- d) il servizio di assistenza domiciliare per soggetti e nuclei familiari con fragilità sociali e il servizio di assistenza domiciliare integrata per le prestazioni di cura domiciliari sociali e sanitarie integrate;
- e) le strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- f) i centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario;
- g) il servizio di assistenza economica.

3. I Comuni, nell'ambito dei rispettivi Piani sociali di zona, concorrono alla programmazione, organizzazione e gestione dei livelli essenziali di assistenza a elevata integrazione socio-sanitaria di cui all'allegato 1C del [decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001](#) (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), concorrendo alla relativa spesa, corrispondente alle prestazioni sociali e alberghiere che accompagnano le prestazioni sanitarie a rilievo sociale, con le risorse finanziarie assegnate al Piano di zona e con la compartecipazione dell'utente.

---

(11) Vedi, anche, la [Delib.G.R. 31 agosto 2006, n. 1289](#), la [Delib.G.R. 31 ottobre 2007, n. 1811](#), la [Delib.G.R. 16 novembre 2010, n. 2471](#) e la [Delib.G.R. 25 settembre 2012, n. 1828](#).

---

**Art. 13***Sistema informativo <sup>(12)</sup>.*

1. La Regione, nell'ambito del sistema informativo dei servizi sociali di cui all'[articolo 21 della legge 8 novembre 2000, n. 328](#) (Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), in collaborazione con le Province e i Comuni, singoli e/o associati, istituisce il sistema informativo regionale dei servizi socio-assistenziali.

2. Il sistema informativo di cui al comma 1 è strumento per la tempestiva acquisizione dei dati e delle informazioni necessarie alla conoscenza dei bisogni sociali finalizzata alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali.

3. La Giunta regionale emana le direttive di coordinamento cui le Province e i Comuni devono attenersi per la raccolta dei dati e per l'acquisizione, in particolare, di tutti gli elementi relativi:

a) alla realizzazione della banca dati riferita ai servizi, ai progetti, alle risorse finanziarie e alla loro destinazione per aree d'intervento di attività;

b) alla conoscenza dei bisogni sociali e della domanda sociale espressa;

c) alla conoscenza delle risorse umane e professionali impegnate nell'organizzazione ed erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari.

---

(12) Vedi, al riguardo, la [Delib.G.R. 3 agosto 2007, n. 1380](#).

---

**Art. 14***Osservatorio regionale delle politiche sociali <sup>(13)</sup>.*

1. È istituito presso l'Assessorato alla solidarietà l'Osservatorio regionale delle politiche sociali. L'Osservatorio promuove, coordina e realizza le azioni di monitoraggio sul sistema di offerta dei servizi sociali, sulla domanda di servizi, sulla spesa sociale della Regione e degli enti locali, nonché il monitoraggio periodico sullo stato di attuazione dei Piani sociali di zona e la progettazione del sistema informativo sociale.

2. Nell'ambito dell'Osservatorio regionale si colloca il Centro regionale di documentazione per le politiche per l'infanzia e l'adolescenza, che opera quale centro regionale di raccolta e analisi di documenti e buone pratiche sulle problematiche sociali riferite ai minori e può essere articolato per macrotematiche e che, in attuazione della [legge 23 dicembre 1997, n. 451](#) (Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia), provvede a raccogliere esclusivamente i dati relativi ai minorenni e collabora nell'elaborazione delle politiche sociali regionali in favore dei medesimi.

3. La Giunta regionale disciplina il funzionamento dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali e del Centro regionale di documentazione per le politiche per l'infanzia e l'adolescenza, al quale fornisce risorse e strumenti adeguati per il pieno svolgimento del programma di attività.

4. L'Osservatorio regionale delle politiche sociali si articola per aree tematiche, nella forma di articolazioni organizzative interne, con programmi di attività e risorse specifiche, e tra loro connesse e con un coordinamento unico, secondo quanto disciplinato dalla Giunta regionale.

5. La Regione, nell'ambito dell'Osservatorio delle politiche sociali, istituisce l'Osservatorio permanente sulle famiglie e le politiche familiari. In particolare l'Osservatorio:

a) studia e analizza l'evoluzione delle condizioni di vita delle famiglie, con particolare attenzione alle situazioni di disagio e di violenza, al rapporto famiglia-lavoro e famiglia-servizi, al fine di individuare le problematiche emergenti e l'evoluzione complessiva delle esigenze familiari;

b) verifica l'efficacia degli interventi in favore delle famiglie realizzati dalla Regione, da enti e istituzioni pubbliche e private;

c) si avvale, per le sue attività, delle strutture e dei servizi di ricerca e analisi della Regione;

d) si rapporta con altri Osservatori istituiti nell'ambito della sicurezza sociale, anche al fine di creare un sistema informativo coordinato;

e) focalizza i fenomeni di devianza e studia i rimedi atti a prevenire e assistere le situazioni sociali marginali per la piena tutela della dignità di ciascuna persona.

6. L'Osservatorio regionale delle politiche sociali si articola sul territorio in una struttura regionale di coordinamento e di raccordo operativo e nella rete degli Osservatori sociali provinciali, che concorrono alla realizzazione del sistema informativo sociale regionale, di cui all'articolo 13, nonché alla realizzazione del piano di attività annuale dell'Osservatorio regionale e che possono promuovere con risorse proprie iniziative di rilevazione, analisi e ricerca connesse al fabbisogno conoscitivo specifico del territorio di riferimento.

6-bis. L'Osservatorio regionale delle politiche sociali promuove, a titolo non oneroso per le pubbliche amministrazioni, specifiche collaborazioni, anche mediante la stipula di apposite convenzioni, con istituzioni pubbliche e private "no profit" iscritte negli appositi registri regionali, al fine di perseguire le funzioni di cui al comma 1, nell'area delle diverse abilità e delle patologie invalidanti <sup>(14)</sup>.

---

(13) Vedi, al riguardo, la [Delib.G.R. 3 agosto 2007, n. 1380](#).

(14) Comma aggiunto dall'art. 4, comma 1, L.R. 6 febbraio 2013, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

---

## **Art. 15**

### *Finanziamento del sistema integrato.*

1. Il sistema integrato degli interventi e dei servizi socio-assistenziali e socio-educativi si realizza con il concorso delle risorse all'uopo destinate dallo Stato, dalla Regione e dai Comuni.



2. La Regione provvede ad assegnare ai Comuni singoli e/o associati la quota del Fondo nazionale per le politiche sociali e il Fondo regionale socio-assistenziale.

3. Al finanziamento del sistema concorrono, altresì, le risorse provenienti dal Fondo sanitario regionale, quelle provenienti da specifici programmi comunitari e nazionali, nonché quelle dei soggetti del terzo settore e delle aziende pubbliche di servizi alla persona di cui al [D.Lgs. n. 207/2001](#) che partecipano alla realizzazione dei Piani di zona e le risorse derivanti dalla compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni.

4. La Regione incentiva il concorso delle risorse private al finanziamento del sistema integrato d'interventi e servizi sociali anche con l'utilizzo della leva fiscale, per quanto di propria competenza, viste le leggi vigenti. A tal fine annualmente la Giunta regionale può proporre sgravi fiscali mediante la modulazione di aliquote differenziate per l'addizionale IRE di competenza, che producano benefici fiscali per i contribuenti che abbiano concorso al finanziamento del sistema locale dei servizi, con le modalità disciplinate da apposito regolamento.

---

## **Art. 16**

### *Competenze dei Comuni.*

1. I Comuni sono titolari di tutte le funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale, adottano sul piano territoriale gli assetti organizzativi e gestionali più funzionali alla gestione della rete dei servizi, alla spesa e al rapporto con i cittadini e concorrono alla programmazione regionale.

2. Ai Comuni, oltre alle competenze già trasferite a norma del [decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616](#) (Attuazione della delega di cui all'[art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382](#)) e alle funzioni attribuite, ai sensi dell'[articolo 132, comma 1, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#) (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli enti locali, in attuazione del capo I della [legge 15 marzo 1997, n. 59](#)), con il [decreto legislativo 30 marzo 1999, n. 96](#) (Intervento sostitutivo del Governo per la ripartizione di funzioni amministrative tra regioni ed enti locali a norma dell'[articolo 4, comma 5, della legge 15 marzo 1997, n. 59](#) e successive modificazioni), spetta, nell'ambito delle risorse disponibili in base al Piano regionale e di zona, l'esercizio delle seguenti attività:

a) programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, indicazione delle priorità e dei settori di innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, con l'obbligatorio coinvolgimento dei soggetti di cui all'[articolo 4, comma 2](#);

b) erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche diverse da quelle disciplinate dall'[articolo 22 della L. n. 328/2000](#) e dei titoli di acquisto dei servizi sociali;

c) progettazione e gestione, d'intesa con le istituzioni scolastiche autonome presenti sul territorio, degli interventi in materia di assistenza scolastica e istruzione ai sensi dell'[articolo 5 del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9](#) (Disposizioni urgenti in materia sanitaria e socio-assistenziale), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 marzo 1993, n. 67](#), in applicazione dell'[articolo 8](#),



*comma 5, della L. n. 328/2000*, nell'ambito delle misure previste nei Piani sociali di zona per il contrasto alle povertà e per le responsabilità familiari, con specifico riferimento alle madri sole con figli;

d) autorizzazione, accreditamento, vigilanza e controllo dei servizi socio-assistenziali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o privata;

e) partecipazione al procedimento per la definizione degli ambiti territoriali con le modalità stabilite dalla *legge regionale 30 novembre 2000, n. 22* (Riordino delle funzioni e dei compiti amministrativi della Regione e degli enti locali);

f) definizione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 3, comma 6, della presente legge ai fini della determinazione dell'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi, coinvolgendo le rappresentanze associative di cui all'articolo 4, comma 2.

f-bis) erogazione di prestazioni, anche economiche, per il contrasto alla povertà e il sostegno del diritto allo studio per madri nubili con figli, di cui alla *legge 10 dicembre 1925, n. 2277* (Protezione e assistenza della maternità e dell'infanzia) e ai sensi della *L. n. 67/1993*, comunque in modo coordinato con le altre politiche di contrasto alle povertà programmate nei rispettivo Piano sociale di zona <sup>(15)</sup>

3. Nell'esercizio delle funzioni di cui ai commi 1 e 2 i Comuni provvedono a:

a) promuovere, nell'ambito del sistema locale dei servizi sociali a rete, l'apporto delle risorse delle collettività locali tramite forme innovative di collaborazione per lo sviluppo di interventi di auto-aiuto e per favorire la reciprocità tra cittadini nell'ambito della vita comunitaria;

b) coordinare programmi e attività degli enti che operano nell'ambito di competenza, secondo le modalità fissate dal regolamento regionale di cui all'articolo 64, tramite collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività volte all'integrazione sociale e intese con le AUSL per le attività socio-sanitarie e per i Piani di zona;

c) adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l'efficienza, l'efficacia e i risultati delle prestazioni;

d) adottare modalità e strumenti per la partecipazione dei soggetti di cui all'articolo 4, comma 2, alla valutazione della qualità e dell'efficacia dei servizi e per la formulazione di proposte ai fini della predisposizione dei programmi;

e) garantire ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi, secondo le modalità previste dagli statuti comunali, dai regolamenti e dalle carte dei servizi;

f) promuovere interventi e servizi specifici per l'inserimento sociale e l'integrazione socio-culturale dei cittadini stranieri immigrati, nell'ambito della definizione dei Piani di zona;

g) promuovere l'inserimento lavorativo di persone socialmente svantaggiate, anche mediante l'individuazione di servizi e lavori da affidare ai sensi dell'*articolo 5 della legge 8 novembre 1991, n. 381* (Disciplina delle cooperative sociali).

(15) Lettera aggiunta dall'*art. 5, comma 1, lettera a), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo aggiunto con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29).

---

## **Art. 17**

### *Competenze delle Province.*

#### 1. Le Province concorrono:

a) alla programmazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali;

b) alla raccolta dei dati sui bisogni e sulle risorse rese disponibili dai Comuni e da altri soggetti istituzionali ai fini dell'attuazione del sistema informativo regionale, a cui le Province concorrono mediante le attività dell'Osservatorio sociale provinciale di cui all'articolo 14;

c) all'analisi della domanda e dell'offerta assistenziale, per promuovere approfondimenti mirati sui fenomeni sociali più rilevanti in ambito provinciale fornendo, su richiesta degli enti locali interessati, il supporto necessario per il coordinamento degli interventi territoriali;

d) alla promozione e alla realizzazione, d'intesa con i Comuni, di iniziative di formazione, con particolare riguardo alla formazione professionale di base e all'aggiornamento;

e) alla progettazione e gestione degli interventi a carattere socio assistenziale in materia di assistenza scolastica e istruzione ai sensi dell'*articolo 5 del D.L. n. 9/1993*, in applicazione dell'*articolo 8, comma 5, della L. 328/2000*, con specifico riferimento agli interventi per audiolesi e videolesi, nonché alla progettazione e gestione degli interventi a carattere socio assistenziale di cui all'*articolo 3, comma 1, della legge 28 agosto 1997, n. 284* (Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati) <sup>(16)</sup> <sup>(17)</sup>;

f) alla definizione e all'attuazione dei Piani di zona, anche con il concorso all'organizzazione di specifici servizi che, di concerto con i Comuni, vengono individuati come servizi di livello sovra-ambito nella programmazione sociale degli ambiti territoriali.

f-bis) alla realizzazione dei servizi di assistenza specialistica per l'integrazione scolastica degli alunni disabili frequentanti gli istituti di istruzione secondaria, assimilabili alla tipologia assistenziale di cui all'*articolo 2, comma 1, lett. a), della L.R. n. 16/1987*, in conformità a quanto previsto dall'*articolo 139, lett. c), del D.Lgs. 112/1998* <sup>(18)</sup> <sup>(19)</sup>.

2. Le Province esercitano le funzioni di coordinamento delle attività di programmazione e di realizzazione della rete delle attività socio-assistenziali, promuovono le azioni dei Comuni per la gestione associata dei servizi sociali ed esercitano le competenze in materia di formazione professionale, secondo quanto definito alle lettere o) e p) del comma 2 dell'articolo 18 e coordinamento operativo dei soggetti e delle strutture che agiscono nell'ambito dei servizi sociali, con particolare riguardo alle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e al volontariato.

(16) Lettera così sostituita dall'*art. 5, comma 1, lettera b), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo aggiunto con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29). Il testo originario era così formulato: «e) alla progettazione e gestione degli interventi in materia di assistenza scolastica e istruzione ai sensi dell'*articolo 5 del D.L. n. 9/1993*, convertito, con modificazioni, dalla *L. n. 67/1993*, in applicazione dell'*articolo 8, comma 5, della L. n. 328/2000*, con specifico riferimento agli interventi per audiolesi e videolesi, nonché alla progettazione e gestione degli interventi di cui all'*articolo 3, comma 1, della legge 28 agosto 1997, n. 284* (Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati);».

(17) Vedi, anche, la *Delib.G.R. 26 maggio 2015, n. 1157* e la *Delib.G.R. 23 marzo 2016, n. 325*.

(18) Lettera aggiunta dall'*art. 5, comma 1, lettera c), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo aggiunto con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29).

(19) Vedi, anche, la *Delib.G.R. 26 maggio 2015, n. 1157*.

---

## **Art. 18**

### *Competenze della Regione <sup>(20)</sup>*

1. La Regione esercita le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo per costruire un sistema integrato con tutte le politiche che mirano al benessere delle persone e alla qualità della vita.

2. La Regione, in conformità delle disposizioni di cui all'articolo 117 della Costituzione:

a) definisce gli ambiti territoriali d'intervento e gli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali;

b) approva il Piano regionale delle politiche socio-sanitarie e assegna le risorse finanziarie;

c) esercita l'attività di monitoraggio e valutazione dell'efficacia e dell'efficienza della spesa;

d) promuove e finanzia lo sviluppo dei servizi, la tutela dei diritti sociali e la sperimentazione degli interventi innovativi;

e) promuove, finanzia e coordina le azioni di assistenza tecnica per l'istituzione e la gestione degli interventi sociali da parte degli enti locali;

f) definisce i requisiti minimi e le procedure per l'autorizzazione delle strutture e dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari pubblici e privati;

g) definisce i requisiti e le procedure per l'accreditamento delle strutture e dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari pubblici e privati;

h) determina le modalità per l'esercizio della vigilanza sulle strutture e sui servizi socio-assistenziali pubblici e privati;

i) istituisce e gestisce i registri regionali delle strutture e dei servizi socio-assistenziali pubblici e privati autorizzati all'esercizio delle attività ai sensi dell'articolo 16, comma 2, lettera d);

j) definisce i requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per l'erogazione delle prestazioni;

k) definisce i criteri per la concessione da parte dei Comuni dei titoli di acquisto dei servizi sociali;

l) definisce i criteri generali per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni;

m) determina i criteri per la definizione delle tariffe che i Comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti titolari delle strutture e dei servizi accreditati;

n) individua le figure professionali sociali, disciplina i percorsi formativi, nei limiti delle proprie competenze, in stretta connessione con il sistema universitario e della formazione professionale regionale e il contenuto professionale dei servizi sociali;

o) promuove, finanzia e realizza iniziative informative e di assistenza formativa e tecnica rivolte ai soggetti pubblici per sostenere il percorso di programmazione sociale negli ambiti territoriali, nonché iniziative informative e formative, anche con il concorso delle Province, per i soggetti pubblici e privati operanti nel settore dei servizi sociali per favorire il concorso alla progettazione sulle iniziative comunitarie e l'accesso ai fondi dell'Unione Europea;

p) disciplina l'attività di controllo dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi sul territorio e di valutazione dei risultati delle azioni previste;

q) disciplina le modalità per il concorso degli enti locali alla programmazione regionale e la partecipazione dei soggetti di cui all'articolo 4, comma 2;

r) esercita il potere sostitutivo nei casi e con le modalità previste dalla vigente normativa;

s) disciplina le procedure amministrative, le modalità per la presentazione dei reclami da parte degli utenti delle prestazioni sociali e l'istituzione degli uffici di tutela degli utenti;

t) disciplina le modalità di partecipazione e di promozione civica, di intesa con le diverse espressioni della cittadinanza attiva, per lo sviluppo dei servizi e la realizzazione d'interventi innovativi e di tutela dei diritti sociali nelle fasi della programmazione, verifica e controllo;

u) definisce i criteri generali per le procedure di rilascio della concessione di nuovi trattamenti economici a favore degli invalidi civili e per i raccordi con la fase dell'accertamento sanitario e per gli eventuali benefici aggiuntivi di cui all'[articolo 130, comma 2, del D.Lgs. n. 112/1998](#);

v) assume i provvedimenti contingibili e urgenti d'interesse non esclusivamente comunale.

(20) Con [Delib.G.R. 13 ottobre 2009, n. 1875](#) è stato approvato il piano regionale delle politiche sociali, ai sensi del presente articolo.

---

### **Art. 19**

#### *Concorso del terzo settore.*

1. La Regione e gli enti locali riconoscono il ruolo e la rilevanza sociale ed economica dei soggetti del terzo settore e valorizzano l'apporto delle organizzazioni di volontariato, delle cooperative sociali e delle associazioni di promozione sociale, degli enti di patronato e delle fondazioni attraverso azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti.
  2. I soggetti del terzo settore di cui all'articolo 4, comma 2, partecipano alla programmazione e alla progettazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali.
  3. Le organizzazioni di volontariato, le cooperative sociali, le associazioni di promozione sociale, iscritte nei rispettivi registri regionali, concorrono alla realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali anche mediante la stipula di convenzioni per l'erogazione di servizi e prestazioni compatibili con la natura e le finalità statutarie, avvalendosi delle modalità individuate dalla Regione con il regolamento di cui all'articolo 64 e con il Piano regionale delle politiche sociali, per valorizzare il loro apporto all'erogazione dei servizi.
  4. Ai fini dell'applicazione del comma 3, gli enti locali possono stipulare convenzioni con le organizzazioni di volontariato, nonché con gli enti di patronato e con le fondazioni, allo scopo di valorizzarne la funzione sociale, riconoscendo le spese per il perseguimento delle finalità statutarie, laddove le attività siano coerenti con gli obiettivi del Piano sociale di zona e adeguate a integrare la rete dei servizi, che sarà realizzata dai soggetti pubblici e privati chiamati a gestire i servizi previsti. Gli altri soggetti di cui al comma 3 possono essere chiamati alla gestione di interventi e servizi, così come previsti nei Piani sociali di zona, mediante affidamenti, concessione di pubblici servizi, ovvero altre modalità previste e disciplinate nel regolamento regionale di cui all'articolo 64 e nei rispettivi regolamenti comunali.
  5. La Regione e gli enti locali assicurano la partecipazione dei cittadini e degli utenti al controllo della qualità dei servizi, anche favorendo l'attività delle associazioni di tutela degli utenti e delle organizzazioni sindacali.
  6. Il regolamento regionale individua gli strumenti e le modalità per assicurare la partecipazione dei cittadini e degli utenti.
- 

### **Art. 20**

#### *Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.*

1. Le IPAB che abbiano completato il processo di trasformazione in Aziende di servizi alla persona (ASP), ai sensi della [L.R. n. 15/2004](#) e s.m.i., partecipano

quali soggetti attivi al coordinamento istituzionale dell'ambito territoriale in cui ciascuna ha sede, per concorrere alla programmazione del sistema integrato dei servizi sociali, nei limiti dei rispettivi ambiti di attività, e alla gestione, nei limiti di quanto previsto al comma 3 dell'articolo 6 <sup>(21)</sup>.

---

(21) Comma così sostituito dall'art. 2, comma 2, L.R. 6 febbraio 2013, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. Il testo originario era così formulato: «1. Le Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, anche come trasformate ai sensi della [legge regionale 30 settembre 2004, n. 15](#) (Riforma delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e disciplina delle aziende pubbliche dei servizi alle persone), e successive modificazioni, partecipano, quali soggetti attivi, alla programmazione, all'organizzazione e alla gestione del sistema d'interventi e servizi sociali.».

---

## **Art. 21**

### *Altri soggetti.*

1. I soggetti privati operanti nel settore dei servizi socio-assistenziali partecipano alla realizzazione e alla gestione dei servizi nel rispetto delle disposizioni di cui alla presente legge.
  2. La Regione promuove la diffusione della cultura della responsabilità sociale di impresa nel tessuto imprenditoriale pugliese, anche con azioni sperimentali, e definisce un sistema di incentivi che promuovano il contributo delle imprese al sostegno di iniziative di utilità sociale.
  3. La Regione riconosce la funzione sociale delle attività di oratorio promosse dalle parrocchie e dagli enti ecclesiastici della Chiesa cattolica, nonché dagli enti delle altre confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato un'intesa ai sensi dell'articolo 8, comma terzo, della Costituzione, sia in fase di programmazione delle priorità di inclusione sociale, sia in fase di attuazione, nell'ambito della stesura del Piano sociale di zona da parte degli enti locali, che possono stipulare convenzioni con le parrocchie e gli enti suddetti, allo scopo di valorizzarne la funzione sociale, riconoscendo le spese per lo svolgimento delle attività più tipiche degli stessi, laddove tali attività siano coerenti con gli obiettivi del Piano stesso.
- 

## **TITOLO II**

### **Famiglia nel sistema integrato dei servizi**

## **Art. 22**

### *Famiglia nel sistema integrato dei servizi.*

1. Il sistema integrato d'interventi e servizi sociali valorizza il ruolo della famiglia, così come riconosciuta dall'articolo 29 della Costituzione, quale nucleo essenziale della società, indispensabile per la crescita, per lo sviluppo e la cura delle persone, per la tutela della vita umana, del diritto di tutti i cittadini all'informazione, alle prestazioni essenziali, alla flessibilità degli interventi e alla libera scelta dei servizi,

nonché al perseguimento della condivisione delle responsabilità tra uomini e donne.

2. A tal fine la Regione promuove la tutela e il potenziamento delle risorse di solidarietà della famiglia, attraverso il sostegno alla formazione di nuove famiglie, attraverso la valorizzazione dell'associazionismo familiare, attraverso l'integrazione tra strutture pubbliche, strutture di privato sociale e reti parentali.

---

---

### **Art. 23** *Obiettivi.*

1. Nel quadro dell'indirizzo e programmazione e dell'erogazione dei servizi sociali a favore della famiglia, la Regione individua i seguenti obiettivi <sup>(22)</sup>:

a) favorire la formazione di nuove famiglie attraverso interventi che concorrono a eliminare gli ostacoli di natura economica e sociale che ne impediscono la nascita e lo sviluppo, in coerenza con gli articoli 29 e 31 della Costituzione;

b) predisporre specifici programmi di sostegno, anche personalizzati, a fronte di situazioni di disagio e/o che violano la dignità della persona umana;

c) sostenere il ruolo delle famiglie che si fanno carico dei percorsi di cura di persone anziane e non autosufficienti, prevalentemente centrati sull'assistenza domiciliare <sup>(23)</sup>;

d) valorizzare la corresponsabilità dei genitori nei confronti dei figli e il loro compito educativo e d'istruzione, favorendo la solidarietà tra generazioni anche per la permanenza dell'anziano nel proprio contesto di vita;

e) promuovere iniziative di mutuo sostegno tra famiglie e creare reti di solidarietà nonché forme di auto-organizzazione e imprenditorialità per favorire le funzioni familiari particolarmente nell'attenzione ai bambini, agli adolescenti, agli anziani, ai disabili;

f) promuovere le iniziative delle reti sociali e delle organizzazioni del privato sociale tendenti a sviluppare la responsabilità delle famiglie e la capacità ad assumere in pienezza le proprie funzioni educative e sociali, nonché a sostenere i percorsi per l'affido e l'adozione di minori;

g) conciliare e armonizzare i tempi di vita e di lavoro, riconoscendo il diritto delle donne e degli uomini ad assolvere agli impegni di cura senza rinunciare all'attività lavorativa, anche sostenendo iniziative di mutualità tese allo sviluppo della solidarietà e al miglioramento del rapporto tra le generazioni;

h) garantire parità di trattamento tra utenti di scuole statali e paritarie, secondo il principio di eguaglianza e nei limiti del dettato costituzionale, con riferimento agli interventi per l'integrazione e il sostegno scolastico e per il diritto allo studio dei minori;

i) affiancare le coppie nella costruzione di un nuovo progetto di vita e nel consolidamento del loro ruolo genitoriale, anche programmando interventi



economici e di erogazione dei servizi per l'infanzia, con particolare riferimento alle prime fasi di vita dei figli, fino al compimento del trentaseiesimo mese di vita.

---

(22) Vedi, anche, la [Delib.G.R. 31 ottobre 2007, n. 1811](#).

(23) Vedi, anche, la [Delib.G.R. 30 ottobre 2006, n. 1633](#).

---

## **Art. 24**

### *Priorità di intervento.*

1. Per il raggiungimento degli obiettivi di cui all'articolo 23, comma 1, la Regione con il Piano regionale delle politiche sociali, ovvero con linee-guida di indirizzo, previa concertazione con gli enti locali, le organizzazioni sindacali e con le associazioni delle famiglie più rappresentative a livello regionale, indica le priorità strategiche di intervento in favore delle famiglie, da realizzare nei Piani sociali di zona, nell'ambito delle risorse assegnate a ciascun ambito territoriale per la realizzazione degli stessi Piani.

2. La Regione favorisce l'assistenza a domicilio come risposta personalizzata ai bisogni di ciascuno dei suoi membri, particolarmente se portatori di handicap o anziani, anche assistendo, con idoneo sostegno economico o assegno di cura, il necessario lavoro di cura di cui si fanno carico gli stessi componenti del nucleo familiare, a condizione che tale lavoro di cura sia parte integrante di un complessivo programma assistenziale individualizzato rivolto a consentire la permanenza a domicilio di persone anche parzialmente prive di autonomia fisica o psichica, ma che comunque non necessitano del ricovero in strutture residenziali.

3. La Regione, in collaborazione con le AUSL e i Comuni, promuove lo sviluppo delle attività dei consultori pubblici e privati per la valorizzazione personale e sociale della maternità e della paternità responsabile, la tutela dei minori e delle donne in difficoltà, l'unità e la stabilità familiare, il ruolo genitoriale. La Regione sostiene lo sviluppo del servizio ostetrico sul territorio, anche a domicilio, a sostegno della donna in stato di gravidanza e del nucleo che si prepara ad accogliere una nuova vita.

4. La Regione promuove iniziative di educazione e informazione a sostegno del ruolo svolto nei percorsi di crescita dei ragazzi e delle ragazze in età pre-adolescenziale e sostiene, di concerto con gli enti locali, l'organizzazione di servizi territoriali di aggregazione e animazione sociale rivolti ai minori in età pre-adolescenziale e adolescenziale.

5. La Regione favorisce l'informazione, la consulenza, il sostegno e l'assistenza alle vittime di violenze sessuali, con particolare riguardo ai minori che abbiano subito maltrattamenti e abusi, cura la sensibilizzazione delle comunità locali sulle problematiche connesse all'abuso e al maltrattamento dei minori e delle donne e promuove la realizzazione di servizi e interventi correttivi specializzati.

6. La Regione Puglia valorizza e sostiene i servizi di consulenza e di mediazione familiare gestiti dagli enti locali, dall'associazionismo o dalle organizzazioni di volontariato, promuovendone l'utilizzo coordinato nell'ambito della programmazione regionale e locale secondo quanto previsto e nei limiti del Piano regionale delle politiche sociali di cui all'articolo 9. I consultori pubblici e privati



autorizzati devono assicurare la realizzazione di programmi di formazione dei giovani al futuro ruolo di coniugi e di genitori, nonché programmi formativi e informativi riguardanti la procreazione responsabile.

7. La Regione promuove la ricerca, lo studio e l'informazione sulle tematiche relative alla famiglia, articolando una specifica sezione dedicata alle politiche familiari nell'ambito dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali di cui all'articolo 14.

---

## **Art. 25**

### *Politiche per il sostegno dell'educazione e della crescita di minori.*

1. La Regione, nella definizione degli strumenti attuativi per assicurare un effettivo diritto allo studio, al fine di favorire il superamento delle limitazioni derivanti da condizioni di disagio economico, prevede, tra l'altro, interventi e contributi per progetti destinati alla prevenzione e recupero degli abbandoni e della dispersione scolastica, anche mediante l'attivazione di un servizio di psicologia scolastica <sup>(24)</sup>.

2. In particolare la Regione finanzia annualmente progetti mirati e iniziative sperimentali per il potenziamento dei servizi per la prima infanzia, come individuati nel regolamento regionale di cui all'articolo 64, per il sostegno dei percorsi per l'affido e l'adozione, per la protezione sociale delle madri sole con figli, per la promozione di attività ludiche ed educative per l'infanzia e di iniziative a sostegno del tempo libero, nonché per il sostegno economico in situazioni di difficoltà e con figli fino ai trentasei mesi di età <sup>(25)</sup>.

3. Gli interventi di cui ai commi 1 e 2, nonché degli articoli 24 e 28, sono promossi dalla Regione nell'ambito delle risorse annualmente attribuite al Fondo nazionale per le politiche sociali di competenza regionale e al Fondo globale socio-assistenziale regionale e sono realizzati dai Comuni associati in ambiti territoriali, in modo integrato con i rispettivi Piani sociali di zona, con il concorso di tutti i soggetti pubblici, privati e del terzo settore.

---

(24) Comma così corretto con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 21 settembre 2006, n. 121.

(25) Vedi, al riguardo, la [Delib.G.R. 28 novembre 2006, n. 1801](#).

---

## **Art. 26**

### *Consulta delle associazioni familiari.*

1. È istituita la Consulta regionale pugliese delle associazioni familiari composta da:

- a) il Presidente della Giunta regionale o Assessore delegato;
- b) un rappresentante del Forum regionale delle associazioni familiari;

c) un rappresentante delle associazioni di volontariato iscritte nel registro delle associazioni di volontariato di sensi della [legge regionale 16 marzo 1994, n. 11](#) (Norme di attuazione della legge-quadro sul volontariato);

d) un rappresentante delle cooperative sociali iscritte nel registro delle cooperative sociali ai sensi della [legge regionale 1° settembre 1993, n. 21](#) (Iniziative regionali a sostegno delle cooperative sociali e norme attuative della [legge 8 novembre 1991, n. 381](#));

e) un rappresentante delle Province designato dall'UPI;

f) un rappresentante dei Comuni designato dall'ANCI Puglia;

g) una rappresentante della Commissione regionale pari opportunità;

h) il dirigente dell'Ufficio competente per le politiche per le famiglie, nell'ambito del Settore sistema integrato servizi sociali della Regione;

i) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali regionali più rappresentative a livello nazionale.

2. La Consulta è nominata con decreto del Presidente della Giunta regionale, elegge nel proprio seno il Presidente e delibera un proprio regolamento interno per l'organizzazione e la disciplina dei lavori.

3. La Consulta dura in carica per la legislatura nel corso della quale è stata insediata.

4. La Consulta esprime pareri e formula proposte in ordine alla predisposizione degli atti di programmazione regionale che riguardano la politica per la famiglia, nonché in ordine all'attuazione della medesima.

5. La Consulta è istituita senza oneri a carico del bilancio regionale.

---

## TITOLO III

### Carattere universalistico delle politiche sociali

#### Art. 27

##### *Carattere universalistico dei servizi.*

1. In ottemperanza a quanto previsto dagli articoli 2 e 3 della Costituzione, il sistema integrato dei servizi sociali ha un carattere universalistico ed è teso a promuovere la dignità e il benessere di ogni uomo e di ogni donna in Puglia.

2. Il sistema integrato dei servizi destinati alla famiglia, diversi da quelli individuati al comma 2 dell'articolo 22, sono estesi ai nuclei di persone legate, così come previsto all'[articolo 4, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223](#) (Approvazione del nuovo regolamento anagrafico della popolazione residente), da vincoli di parentela, affinità, adozione, tutela e da altri vincoli solidaristici, purchè aventi una coabitazione abituale e continuativa e dimora nello stesso Comune. Salvo che per le persone legate da parentela o

affinità, per coabitazione abituale e continuativa s'intende quella tra due o più persone che perduri da almeno due anni.

---

### **Art. 28**

*Conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e armonizzazione dei tempi delle città.*

1. La Regione promuove iniziative sperimentali per favorire la stipula di accordi tra le organizzazioni imprenditoriali e le organizzazioni sindacali e i soggetti del privato sociale, che consentano forme di articolazione dell'attività lavorativa capaci di sostenere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, anche in attuazione della [legge 8 marzo 2000, n. 53](#) (Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città).
  2. La Regione promuove iniziative sperimentali, di concerto con le amministrazioni locali, volte a sostenere percorsi per l'armonizzazione dei tempi e degli orari delle città con i tempi di cura della famiglia, con specifico riferimento all'organizzazione dei tempi delle attività amministrative al servizio dei cittadini, all'attivazione di centri di conciliazione e all'incentivazione della costituzione di banche del tempo e altre forme di auto-organizzazione e mutualità familiari.
  3. Al fine dell'attuazione delle iniziative di cui ai commi precedenti, la Regione può destinare risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, del Fondo globale socio-assistenziale e del Fondo per l'armonizzazione dei tempi delle città di cui all'[articolo 8 della L. n. 53/2000](#), nonché altre risorse regionali, nazionali e comunitarie finalizzate al perseguimento degli stessi scopi.
- 

### **Art. 29**

*Politiche abitative.*

1. La Regione, anche al fine di agevolare le famiglie e i nuclei di persone in stato di bisogno, con particolare riferimento a quelli numerosi o con persone anziane o non autosufficienti in condizioni economiche disagiate, promuove l'integrazione tra le politiche d'inclusione sociale e le politiche abitative, con il sostegno per gli affitti, con il sostegno all'acquisto di un'abitazione, con gli interventi per l'emergenza alloggiativa degli sfrattati e affianca i Comuni nella realizzazione di programmi di edilizia residenziale pubblica e di programmi di riqualificazione urbana rivolti anche all'incremento dell'offerta di alloggi nelle aree urbane a maggiore tensione abitativa.
  2. Al fine di sostenere il diritto alla casa per tutti i cittadini pugliesi la Regione può destinare risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali e del Fondo globale socio-assistenziale, secondo quanto previsto e nei limiti del Piano regionale delle politiche sociali di cui all'articolo 9, a integrazione delle risorse regionali, nazionali e comunitarie destinate alle politiche abitative.
-

---

**Art. 30***Garante regionale dei diritti del minore.*

1. Al fine di assicurare sul territorio regionale la piena attuazione dei diritti e degli interessi individuali e collettivi dei minori, ai sensi di quanto previsto dalla [legge 27 maggio 1991, n. 176](#) (Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989), dalla Carta Europea dei diritti del fanciullo adottata a Strasburgo il 25 gennaio 1996 e dall'articolo 50, comma 2, lettera a), dello Statuto della Regione Puglia, è istituito presso il Consiglio regionale l'Ufficio del Garante regionale dei diritti del minore, a cui è affidata la protezione e la tutela non giurisdizionale dei diritti dell'infanzia, degli adolescenti e dei minori residenti o temporaneamente presenti sul territorio regionale.

2. L'Ufficio, in collaborazione e stretto raccordo con i competenti Assessorati regionali, nonché con gli enti e le istituzioni che si occupano di minori, promuove:

- a) la diffusione di una cultura rispettosa dei diritti per l'infanzia e l'adolescenza;
- b) iniziative a favore dell'esercizio dei diritti di cittadinanza da parte dei minori;
- c) la collaborazione con enti locali e istituzioni scolastiche per agevolare l'obbligo scolastico anche da parte dei minori che vivono in contesti sociali a rischio di esclusione;
- d) le azioni per la prevenzione dell'abuso e del maltrattamento familiare e iniziative nei confronti delle famiglie;
- e) le azioni per accogliere le segnalazioni in merito a violazioni dei diritti di minori e per sollecitare le amministrazioni competenti nell'adozione di interventi adeguati per rimuovere le cause che ne impediscono la tutela e il rispetto dei diritti;
- f) le iniziative, anche in collaborazione con le istituzioni della giustizia minorile, per il rispetto dei diritti dei minori sottoposti a provvedimenti restrittivi e per la prevenzione della devianza minorile, rivolte a insegnanti, forze di polizia e altri operatori pubblici;
- g) il rispetto del principio di pari opportunità tra donne e uomini, anche attraverso la promozione di azioni positive in raccordo con la Consigliere regionale di parità di cui alla [legge 10 aprile 1991, n. 125](#) (Azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro);
- h) la sensibilizzazione presso gli organi d'informazione, a mezzo di stampa, radio, televisione e web, nei confronti dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, ivi inclusa la vigilanza sulla programmazione televisiva e su ogni altra forma di comunicazione audiovisiva e telematica, affinché siano salvaguardati e tutelati i bambini e le bambine, in ordine alla rappresentazione della realtà rispetto alla percezione infantile;
- i) il sostegno tecnico e legale agli operatori dei servizi sociali e propone alla Giunta regionale lo svolgimento di attività di formazione;
- j) l'istituzione di un elenco regionale di tutori o curatori a cui possano attingere anche i giudici competenti;

k) la verifica delle condizioni e degli interventi volti all'accoglienza e all'inserimento del minore straniero non accompagnato;

l) la formulazione di proposte ovvero di pareri su atti normativi e di indirizzo che riguardino l'infanzia e l'adolescenza, di competenza della Regione e degli enti locali;

l-bis) iniziative nei confronti dei media e dell'opinione pubblica per fare crescere sensibilità e attenzione collettiva verso le tematiche delle istituzioni totali, delle libertà personali inviolabili, della tutela delle vittime e della mediazione penale e sociale anche attraverso partnership e patrocini onerosi in favore di iniziative di terzo e quarto settore, partecipazioni a sovvenzioni in favore di progetti finalizzati ovvero dando vita ad iniziative proprie, sempre entro i limiti di spesa assegnata all'ufficio <sup>(26)</sup>.

3. Per lo svolgimento dei compiti di cui al comma 2, l'Ufficio del Garante regionale dei diritti del minore;

a) stipula apposite convenzioni con soggetti pubblici e privati per lo svolgimento di specifiche attività;

b) stabilisce accordi e intese con ordini professionali e associazioni di categoria, nonché con organismi che si occupano di infanzia e adolescenza;

c) sostiene studi, ricerche e scambi di esperienze negli ambiti della tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;

d) attiva interventi sostitutivi in caso di inadempienza o gravi ritardi nell'azione degli enti locali a tutela dei minori;

e) collabora con l'Assessorato regionale competente per l'avvio di campagne di comunicazione e di sensibilizzazione contro il maltrattamento e l'abuso a danno dei minori, per il sostegno dell'affido di minori, per la promozione del ruolo genitoriale.

4. L'Ufficio del Garante regionale dei diritti del minore ha sede presso il Consiglio regionale e si avvale di apposita struttura nonché opera in stretto raccordo con le strutture regionali competenti in materia di politiche e di servizi sociali.

5. La Giunta regionale approva, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il regolamento per la composizione e il funzionamento dell'Ufficio del Garante regionale dei diritti del minore <sup>(27)</sup>.

6. Il Garante regionale dei diritti del Minore, in qualità di Presidente dell'Ufficio del Garante, è nominato dal Consiglio regionale tra persone in possesso di laurea magistrale o specialistica, con documentata esperienza almeno decennale, maturata nell'ambito delle politiche educative e socio-sanitarie, con particolare riferimento alle materie concernenti l'età evolutiva e le relazioni familiari. È eletto il candidato che ottiene i voti dei due terzi dei consiglieri assegnati alla Regione <sup>(28)</sup>.

6-bis. L'incarico di cui al comma 6 ha durata di cinque anni. L'incarico è incompatibile con i seguenti profili: <sup>(29)</sup>

1) i membri del Parlamento, i ministri, i consiglieri e gli assessori regionali, provinciali e comunali e i titolari di altre cariche elettive;

2) i direttori generali, sanitari e amministrativi delle aziende USL e delle aziende ospedaliere regionali;

3) gli amministratori di enti pubblici, aziende pubbliche o società a partecipazione pubblica, nonché gli amministratori o dirigenti di enti, imprese o associazioni che ricevono a qualsiasi titolo contributi dalla Regione;

4) i lavoratori dipendenti di enti locali che operano nell'ambito dei servizi alla persona;

5) i magistrati dei tribunali per i minorenni e coloro che svolgono funzione di giudice onorario presso gli stessi tribunali <sup>(30)</sup>.

6-ter. Il Garante non può esercitare altre attività di lavoro autonomo o subordinato. Il conferimento della carica di Garante ne determina il collocamento in aspettativa non retribuita per tutta la durata del mandato. Il Consiglio regionale rimborsa al datore di lavoro i contributi relativi al trattamento di quiescenza del lavoratore subordinato eletto alla carica di Garante, inclusa la quota a carico del lavoratore, calcolati sulla retribuzione in godimento all'atto del collocamento in aspettativa <sup>(31)</sup>.

---

(26) Lettera aggiunta dall'*art. 24, comma 1, lettera a)*, L.R. 30 dicembre 2013, n. 45, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(27) Vedi, al riguardo, il *Reg. 11 novembre 2008, n. 23*.

(28) Comma così modificato dall'*art. 43, comma 1, lettera a)*, L.R. 30 novembre 2019, n. 52, a decorrere dal 30 novembre 2019. Precedentemente il presente comma era stato sostituito dall'*art. 3, comma 25, lett. a)*, L.R. 31 dicembre 2007, n. 40. Il testo originario era così formulato: «6. La Presidenza dell'Ufficio del Garante regionale dei diritti del minore viene assegnata all'Unicef nella persona del rappresentante regionale pro-tempore.».

(29) Alinea così modificato dall'*art. 43, comma 1, lettera b)*, L.R. 30 novembre 2019, n. 52, a decorrere dal 30 novembre 2019.

(30) Comma aggiunto dall'*art. 3, comma 25, lett. b)*, L.R. 31 dicembre 2007, n. 40.

(31) Comma aggiunto dall'*art. 24, comma 1, lettera b)*, L.R. 30 dicembre 2013, n. 45, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

---

### **Art. 31**

#### *Ufficio del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale.*

1. È istituito, presso il Consiglio regionale, l'Ufficio del Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale, di seguito denominato Garante, nell'ambito del territorio della Regione Puglia, al fine di contribuire a garantire, in conformità ai principi fondamentali della Costituzione e nell'ambito delle competenze regionali, i diritti delle persone presenti negli istituti penitenziari, negli istituti penali per minori, nei centri di prima accoglienza e nei

centri di assistenza temporanea per stranieri, nelle strutture sanitarie in quanto sottoposti al trattamento sanitario obbligatorio.

## 2. Il Garante svolge le seguenti funzioni:

a) assume ogni iniziativa volta ad assicurare che le misure di restrizione della libertà personale siano attuate in conformità dei principi e delle norme stabiliti dalla Costituzione, dalle convenzioni internazionali sui diritti umani, dalle leggi dello Stato e dai regolamenti. In particolare assume ogni iniziativa volta ad assicurare che ai soggetti interessati siano erogate le prestazioni inerenti al diritto alla salute, all'istruzione e alla formazione professionale e ogni altra prestazione finalizzata al recupero, alla reintegrazione sociale e all'inserimento nel mondo del lavoro;

b) segnala agli organi regionali eventuali fattori di rischio o di danno per i soggetti interessati, dei quali venga a conoscenza in qualsiasi forma, su indicazione sia degli stessi soggetti sia di associazioni o di organizzazioni non governative che svolgano attività inerenti a quanto segnalato;

c) si attiva nei confronti dell'amministrazione interessata affinché questa assuma le necessarie iniziative volte ad assicurare le prestazioni di cui alla lettera a);

d) interviene nei confronti degli enti interessati e delle strutture regionali in caso di accertate omissioni o inosservanze di quanto disposto dalle norme vigenti, per le rispettive competenze, che compromettano l'erogazione delle prestazioni di cui alla lettera a) e, qualora dette omissioni o inosservanze perdurino, propone agli organi regionali titolari della vigilanza su tali strutture ed enti le opportune iniziative, ivi compreso l'esercizio dei poteri sostitutivi;

e) propone agli organi regionali gli interventi amministrativi e legislativi da intraprendere per contribuire ad assicurare il pieno rispetto dei diritti dei soggetti interessati e, su richiesta degli stessi organi, esprime pareri su atti amministrativi e legislativi che possono riguardare anche detti soggetti;

f) propone all'Assessorato regionale competente iniziative concrete d'informazione e promozione culturale sui temi dei diritti e delle garanzie delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale;

g) informa dello svolgimento delle funzioni di cui al comma 1 costantemente il Presidente della Giunta regionale;

g-bis) promuove iniziative nei confronti dei media e dell'opinione pubblica per fare crescere sensibilità e attenzione collettiva verso le tematiche delle istituzioni totali, delle libertà personali inviolabili, della tutela delle vittime e della mediazione penale e sociale anche attraverso partnership e patrocini onerosi in favore di iniziative di terzo e quarto settore, partecipazioni a sovvenzioni in favore di progetti finalizzati ovvero dando vita ad iniziative proprie, sempre entro i limiti di spesa assegnata all'ufficio <sup>(32)</sup>.

3. L'Ufficio del Garante ha sede presso il Consiglio regionale. Per il suo finanziamento è istituito il Servizio del Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale, la cui dotazione organica è stabilita con deliberazione del Consiglio regionale, sentito il Garante. Il personale assegnato è individuato nell'organico regionale e dipende funzionalmente dal Garante. Il Garante può, inoltre, avvalersi di esperti da consultare su specifici temi e



problemi, nonché della collaborazione di associazioni di volontariato e di enti di ricerca.

4. Il Garante, d'intesa con gli Assessori proponenti, promuove la sottoscrizione di protocolli d'intesa tra la Regione e le amministrazioni statali per:

a) attivare all'interno degli istituti penitenziari strumenti informativi e di supporto ai detenuti in relazione agli interventi rientranti nelle materie di competenza regionale per le finalità di cui al comma 1;

b) prevedere anche altre forme di collaborazione volte ad agevolare lo svolgimento delle sue funzioni.

5. Il Garante presenta ogni anno, entro il 30 aprile, al Consiglio regionale una relazione sugli accertamenti espletati, sui risultati di essi e sui provvedimenti normativi e organizzativi di cui intende segnalare la necessità. Il Consiglio regionale discute la relazione in apposita sessione, convocata entro trenta giorni dalla data di presentazione della stessa.

5-bis. Il Garante non può esercitare altre attività di lavoro autonomo o subordinato. Il conferimento della carica di Garante ne determina il collocamento in aspettativa non retribuita per tutta la durata del mandato. Il Consiglio regionale rimborsa al datore di lavoro i contributi relativi al trattamento di quiescenza del lavoratore subordinato eletto alla carica di Garante, inclusa la quota a carico del lavoratore, calcolati sulla retribuzione in godimento all'atto del collocamento in aspettativa <sup>(33)</sup>.

6. La Giunta regionale approva, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il regolamento per la composizione e il funzionamento dell'Ufficio del Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale <sup>(34)</sup>.

---

(32) Lettera aggiunta dall'*art. 24, comma 1, lettera c)*, L.R. 30 dicembre 2013, n. 45, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(33) Comma aggiunto dall'*art. 24, comma 1, lettera d)*, L.R. 30 dicembre 2013, n. 45, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(34) Vedi, al riguardo, il *Reg. 29 settembre 2009, n. 21*.

---

### **Art. 31-bis**

*Indennità e dotazione finanziaria da assegnare ai Garanti di cui agli articoli 30 e 31 <sup>(35)</sup>.*

1. Ai Garanti regionali di cui agli articoli 30 e 31 della presente legge è attribuita un'indennità lorda di funzione, per dodici mensilità, pari al cinquantacinque per cento dell'emolumento onnicomprensivo lordo spettante ai consiglieri regionali. Tale indennità deve intendersi comprensiva di ogni altro onere connesso al rimborso delle spese di viaggio per l'espletamento della funzione, che sono autocertificate dai Garanti ai fini dell'applicazione della normativa fiscale vigente.



2. Entro il 15 settembre di ogni anno, i Garanti presentano all'Ufficio di presidenza del Consiglio regionale il proprio programma di attività per l'anno successivo con l'indicazione del relativo fabbisogno finanziario.
3. L'Ufficio di presidenza, previa discussione cui partecipano anche i rispettivi Garanti, esamina e approva i programmi. In conformità ai programmi approvati determina le risorse finanziarie da iscrivere nella previsione di spesa del bilancio del Consiglio e da porre a disposizione dei rispettivi Garanti.
4. Nell'ambito delle previsioni contenute nel programma annuale di attività e della corrispondente dotazione finanziaria, il Garante ha autonomia gestionale e organizzativa nel rispetto della vigente normativa nazionale e regionale.
5. I Garanti predispongono e presentano all'Ufficio di presidenza del Consiglio, entro il 30 marzo di ogni anno, un dettagliato rendiconto dell'utilizzo delle risorse assegnate di cui al comma 3.

---

(35) Il presente articolo, dapprima aggiunto dall'*art. 7, L.R. 3 luglio 2012, n. 18*, poi modificato dall'*art. 22, comma 1, L.R. 28 dicembre 2012, n. 45*, è stato infine così sostituito dall'*art. 24, comma 1, lettera e), L.R. 30 dicembre 2013, n. 45*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. Il testo precedente era così formulato: «Art. 31-bis. 1. Al Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale e al Garante dei diritti del minore è attribuita un'indennità lorda di funzione, per dodici mensilità, a valere sulle risorse del bilancio autonomo regionale, pari al 30 per cento dell'emolumento onnicomprensivo lordo spettante ai consiglieri regionali. Tale indennità deve intendersi comprensiva di ogni altro onere connesso alle spese di viaggio riferite alle funzioni, che sono autocertificate dai Garanti ai fini dell'applicazione della normativa fiscale vigente.

2. Agli uffici del Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale e del Garante per i diritti del minore è assegnato annualmente un budget, a valere sulle risorse del bilancio autonomo regionale, per la copertura delle spese connesse alle attività da realizzare.
3. Gli uffici del Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale e del Garante per i diritti del minore predispongono e presentano al Presidente del Consiglio regionale, entro il 30 marzo di ogni anno, un dettagliato rendiconto dell'utilizzo del budget di cui al comma 2.
4. Agli oneri di cui al presente articolo si provvede mediante l'istituzione nel bilancio autonomo regionale, nell'ambito della UPB 00.01.01, dei sottoannotati capitoli di spesa:
  - a) Capitolo 1055 denominato "Spese connesse alle attività dell'Ufficio del Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale", con una dotazione finanziaria per l'esercizio finanziario 2012 in termini di competenza e cassa, di euro 41 mila;
  - b) Capitolo 1060 denominato "Spese connesse alle attività dell'ufficio del Garante regionale dei diritti del minore", con una dotazione finanziaria per l'esercizio finanziario 2012, in termini di competenza e cassa, di euro 41 mila.».

**Art. 31-ter**

*Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità* <sup>(36)</sup>.

1. Al fine di assicurare sul territorio regionale la piena attuazione dei diritti e degli interessi individuali e collettivi delle persone con disabilità, ai sensi della [legge 5 febbraio 1992, n. 104](#) (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), e della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia con [legge 3 marzo 2009, n. 18](#), è istituito presso il Consiglio regionale della Puglia l'Ufficio del Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità, a cui è affidata la protezione e la tutela non giurisdizionale dei diritti dei disabili residenti o temporaneamente presenti sul territorio regionale.

2. L'Ufficio, in collaborazione e stretto raccordo con i competenti Assessorati regionali, nonché con gli enti e le istituzioni che si occupano di disabilità, promuove:

a) l'affermazione del pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona con disabilità, promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società e ponendo in essere azioni di contrasto ai fenomeni discriminatori <sup>(37)</sup>;

b) la piena accessibilità dei servizi e delle prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona con disabilità e la piena integrazione sociale;

c) la collaborazione con enti locali e istituzioni scolastiche per agevolare l'obbligo scolastico anche da parte degli alunni disabili che vivono in contesti sociali a rischio di esclusione;

d) le azioni per accogliere le segnalazioni in merito a variazioni dei diritti dei disabili per sollecitare le amministrazioni competenti nell'adozione di interventi adeguati per rimuovere le cause che ne impediscono la tutela e il rispetto dei diritti;

e) il rispetto del principio di pari opportunità tra donne e uomini, anche attraverso la promozione di azioni positive in raccordo con la Consigliera regionale di parità di cui alla [legge 10 aprile 1991, n. 125](#) (Azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro);

f) la sensibilizzazione presso gli organi d'informazione, a mezzo di stampa, radio, televisione e web, nei confronti dei diritti delle persone con disabilità;

g) il sostegno tecnico e legale agli operatori dei servizi sociali e propone alla Giunta regionale lo svolgimento di attività di formazione;

h) l'istituzione di un elenco regionale di tutori o curatori a cui possano attingere anche i giudici competenti;

i) la formulazione di proposte ovvero di pareri su atti normativi e di indirizzo che riguardino le disabilità, di competenza della Regione e degli enti locali;

i-bis) iniziative nei confronti dei media e dell'opinione pubblica per accrescere sensibilità e attenzione collettiva verso le tematiche della disabilità, anche attraverso partnership e patrocini onerosi in favore di iniziative del terzo e quarto settore; promuovere inoltre la partecipazione a sovvenzioni in favore dei progetti

finalizzati, nonché l'organizzazione di iniziative proprie, entro i limiti di spesa assegnata all'ufficio <sup>(38)</sup>.

3. Per lo svolgimento dei compiti di cui al comma 2, l'Ufficio del garante regionale dei diritti delle persone con disabilità:

a) stipula apposite convenzioni con soggetti pubblici e privati per lo svolgimento di specifiche attività;

b) stabilisce accordi e intese con ordini professionali, associazioni di categoria nonché con organismi che si occupano di disabilità e non autosufficienza;

c) sostiene studi, ricerche e scambi di esperienze negli ambiti della tutela dei diritti delle persone con disabilità;

d) attiva interventi sostitutivi in caso di inadempienza o gravi ritardi nell'azione degli enti locali a tutela dei disabili;

e) collabora e opera in sinergia con l'Assessorato regionale competente e con le reti regionali, nazionali ed europee di contrasto ai fenomeni discriminatori per l'avvio di campagne di comunicazione e di sensibilizzazione per favorire l'integrazione sociale dei disabili e per la promozione del ruolo genitoriale <sup>(39)</sup>.

4. L'Ufficio del Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità ha sede presso il Consiglio regionale e si avvale di apposita struttura composta da personale messo a disposizione dalla Giunta regionale, nonché opera in stretto raccordo con le strutture regionali competenti in materia di politiche e di servizi sociali.

5. La Giunta regionale approva, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il regolamento per la composizione e il funzionamento dell'Ufficio del Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità.

6. Il Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità, in qualità di Presidente dell'Ufficio del Garante, è nominato dal Consiglio regionale tra persone in possesso di laurea magistrale o specialistica, con documentata esperienza almeno decennale, maturata nell'ambito delle politiche educative e socio-sanitarie, con particolare riferimento alle materie concernenti le diverse abilità. È eletto il candidato che ottiene i voti dei due terzi dei consiglieri assegnati alla Regione. <sup>(40)</sup>

7. L'incarico di cui al comma 6 ha durata di cinque anni. L'incarico è incompatibile con i seguenti profili: <sup>(41)</sup>

a) membri del Parlamento, ministri, consiglieri e assessori regionali, provinciali e comunali e titolari di altre cariche elettive;

b) direttori generali, sanitari e amministrativi delle aziende ASL e delle aziende ospedaliere regionali;

c) amministratori di enti pubblici, aziende pubbliche o società a partecipazione pubblica, nonché amministratori o dirigenti di enti, imprese o associazioni che ricevono a qualsiasi titolo contributi dalla Regione;

d) lavoratori dipendenti di enti locali che operano nell'ambito dei servizi alla persona;

e) magistrati dei tribunali per i minorenni e coloro che svolgono funzione di giudice onorario presso gli stessi tribunali.

7-bis. Il Garante non può esercitare altre attività di lavoro autonomo o subordinato. Il conferimento della carica di Garante a lavoratore dipendente pubblico ne determina il collocamento in aspettativa non retribuita per tutta la durata del mandato. Il Consiglio regionale rimborsa al datore di lavoro i contributi relativi al trattamento di quiescenza del lavoratore subordinato eletto alla carica di Garante, inclusa la quota a carico del lavoratore, calcolati sulla retribuzione in godimento all'atto del collocamento in aspettativa <sup>(42)</sup>.

8. Al Garante regionale delle persone con disabilità è attribuita un'indennità lorda di funzione, per dodici mensilità, a valere sulle risorse del bilancio autonomo regionale, pari al 50 per cento dell'emolumento omnicomprensivo lordo spettante ai consiglieri regionali. Tale indennità deve intendersi comprensiva di ogni altro onere connesso alle spese di viaggio riferite alle funzioni, che sono auto-certificate dai Garanti ai fini dell'applicazione della normativa fiscale vigente <sup>(43)</sup>.

9. All'Ufficio del Garante regionale delle persone con disabilità è assegnato annualmente un budget, a valere sulle risorse del bilancio autonomo regionale, per la copertura delle spese connesse alle attività da realizzare.

10. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo si provvede mediante l'istituzione nel bilancio di previsione autonomo della Regione per l'esercizio finanziario 2015, nell'ambito della U.P.B. 00.01.01, del capitolo di spesa n. 1065 denominato "Spese connesse all'attività dell'Ufficio del Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità - *art. 31-ter L.R. n. 19/2006*", con una dotazione finanziaria, in termini di competenza e cassa, di euro 20.000, alla cui copertura si fa fronte con il prelevamento di corrispondente somma dal capitolo n. 1110070 "Fondo globale per il finanziamento di leggi regionali di spesa corrente in corso di adozione" - U.P.B. 06.02.01 - da trasferire al Consiglio regionale. Per gli esercizi finanziari successivi si provvede nell'ambito degli stanziamenti previsti, a legislazione vigente, nella U.P.B. 00.01.01.

---

(36) Articolo aggiunto dall'*art. 1, comma 1, L.R. 10 aprile 2015, n. 22*.

(37) Lettera così modificata dall'*art. 92, comma 1, lettera a), L.R. 28 dicembre 2018, n. 67*, a decorrere dal 31 dicembre 2018.

(38) Lettera aggiunta dall'*art. 92, comma 1, lettera b), L.R. 28 dicembre 2018, n. 67*, a decorrere dal 31 dicembre 2018.

(39) Lettera così sostituita dall'*art. 92, comma 1, lettera c), L.R. 28 dicembre 2018, n. 67*, a decorrere dal 31 dicembre 2018. Il testo precedente era così formulato: «e) collabora con l'Assessorato regionale competente per l'avvio di campagne di comunicazione e di sensibilizzazione per favorire l'integrazione sociale dei disabili e per la promozione del ruolo genitoriale.».

(40) Comma così modificato dall'*art. 43, comma 1, lettera c), L.R. 30 novembre 2019, n. 52*, a decorrere dal 30 novembre 2019.

(41) Alinea così modificato dall'*art. 43, comma 1, lettera d), L.R. 30 novembre 2019, n. 52*, a decorrere dal 30 novembre 2019.

(42) Comma inserito dall'*art. 2, comma 1, L.R. 27 marzo 2018, n. 7*.

(43) Comma così modificato dall'art. 50, comma 1, L.R. 10 agosto 2018, n. 44, a decorrere dal 13 agosto 2018.

---

**Art. 31-quater**  
*Proroga nomine <sup>(44)</sup>.*

1. I Garanti nominati ai sensi degli articoli 30, 31 e 31-ter, il cui mandato è scaduto, restano in carica fino a nuova nomina o a rinnovo della stessa per l'amministrazione ordinaria e l'adozione di atti indifferibili e urgenti.
  2. Agli oneri derivanti dall'applicazione del comma 1, si provvede con le risorse iscritte sui pertinenti capitoli del bilancio di previsione del Consiglio regionale, di ciascun esercizio finanziario.
- 

(44) Articolo inserito dall'art. 9, comma 1, lettera a), L.R. 30 dicembre 2016, n. 40, a decorrere dal 30 dicembre 2016.

---

**Art. 32**  
*Interventi sociali per lo sviluppo e la riqualificazione urbana.*

1. Nell'ambito dei programmi di riqualificazione urbana promossi e finanziati dalla Regione Puglia a valere su risorse comunitarie, nazionali e regionali finalizzate, sono individuati gli interventi a valenza sociale volti ad assicurare un reale miglioramento nelle condizioni di vita dei cittadini residenti in un quartiere o in un Comune oggetto di interventi.
  2. A tal fine i programmi di riqualificazione urbana di cui al comma 1 prevedono, quali elementi qualificanti e da considerare parte integrante dei programmi stessi, investimenti per accrescere la dotazione di infrastrutture sociali del territorio oggetto dell'intervento, la qualità e l'offerta di soluzioni abitative per i residenti, la dotazione di verde urbano e di aree attrezzate a servizi per favorire l'aggregazione sociale, la rete del trasporto urbano e la dotazione di piste ciclabili e pedonali, impianti semaforici e segnaletica dedicata al fine di favorire la mobilità accessibile e sicura nei contesti urbani per diversamente abili, bambini e ragazzi, persone anziane.
  3. Gli interventi di cui al comma 2 si integrano con la rete dei servizi e degli interventi sociali di cui il Piano sociale di zona dell'ambito territoriale interessato prevede la realizzazione.
- 

**Art. 33**  
*Interventi di sostegno economico e contrasto alle povertà <sup>(45)</sup>.*

1. La Regione promuove la conoscenza e la programmazione di interventi mirati per il contrasto di tutte le forme di povertà derivanti da insufficienza dei mezzi

economici per il sostentamento delle persone e dei nuclei familiari.

2. Nell'ambito del sistema integrato d'interventi e servizi sociali, la Regione promuove l'introduzione di forme di sostegno economico delle persone e delle famiglie, a integrazione del reddito e in relazione alle differenti condizioni di disagio economico, purchè tali sostegni economici siano strettamente integrati con:

a) l'offerta di servizi di socializzazione e cura per le persone in condizione di povertà, anche temporanea, per le quali non è utile definire percorsi di inserimento o di reinserimento lavorativo o che risultano inserite nel mondo del lavoro con forme contrattuali flessibili che determinano discontinuità del reddito da lavoro (contributo sociale per l'integrazione del reddito);

b) la frequenza di percorsi scolastici di ogni ordine, nonché con l'offerta di percorsi di formazione professionale e di inserimento lavorativo, per le persone in condizione di povertà che possono essere inserite in percorsi di recupero graduale dell'autonomia e dell'autosufficienza economica, anche mediante la stretta collaborazione con i Centri territoriali per l'impiego, per lo sviluppo di percorsi per l'autoimprenditorialità e di interventi a sostegno dell'incontro tra domanda e offerta di lavoro (reddito minimo di inserimento);

c) l'offerta di servizi complementari all'assistenza domiciliare di persone fragili di cui il nucleo familiare si fa carico (assegno di cura) <sup>(46)</sup>;

d) altre forme di sostegno economico a integrazione del reddito, quali i contributi per l'alloggio, i servizi del pronto intervento sociale e altri, così come potranno essere individuati dalla Regione e dai Comuni attraverso i Piani sociali di zona.

3. La Regione promuove misure specifiche in favore delle famiglie numerose, in termini di interventi di agevolazioni fiscali e tributarie, nei limiti delle competenze proprie e degli enti locali in materia e nei limiti delle risorse disponibili, nonché per accrescerne le opportunità e le priorità di accesso ai servizi e per favorirne la partecipazione alla definizione delle politiche sociali e familiari.

4. Il Settore programmazione sociale e integrazione socio-sanitaria predispone e la Giunta regionale approva, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge e previa concertazione con le associazioni degli enti locali, con le organizzazioni sindacali e con le principali rappresentanze dei soggetti del terzo settore, il Piano regionale per il contrasto alla povertà, a integrazione del Piano regionale delle politiche sociali, che viene finanziato con risorse aggiuntive individuate dalla Giunta regionale tra i fondi comunitari, nazionali e regionali rivolti alle politiche d'inclusione sociale.

5. In coerenza con gli indirizzi della Regione, i Comuni prevedono nei rispettivi Piani sociali di zona gli interventi mirati al contrasto alle povertà, a valere sulle risorse assegnate dalla Regione per l'attuazione degli stessi piani e sulle risorse proprie comunali apportate a cofinanziamento, derivanti anche dalla contestuale razionalizzazione di tutte le forme di sostegno economico attuate sul proprio territorio.

6. I Comuni, per sostenere le responsabilità individuali e familiari nel superamento delle condizioni di povertà, in alternativa a interventi di sostegno economico e in presenza di situazioni temporanee di gravi difficoltà finanziarie, possono concedere prestiti sull'onore a tasso zero secondo piani di restituzione concordati e funzionali



al raggiungimento di obiettivi condivisi nell'ambito di un progetto personalizzato. A tal fine i Comuni sottoscrivono apposite convenzioni con istituti di credito e con la finanza etica, rimanendo a carico dei Comuni l'onere degli interessi, nell'ambito di quanto sarà definito nel Piano regionale per il contrasto alla povertà e nei rispettivi Piani sociali di zona.

7. La Regione individua e promuove azioni di sostegno e aiuto finalizzate a favorire l'autonomia, l'integrazione sociale, l'inserimento lavorativo e la mobilità delle persone diversamente abili residenti nel territorio regionale, nell'ambito delle attribuzioni rivenienti dalle vigenti norme nazionali e regionali in materia. A tal fine promuove, con le modalità che saranno definite nel regolamento regionale di cui all'articolo 64, la concessione di specifici contributi in favore di persone diversamente abili, loro tutori o altre persone dello stesso nucleo familiare che intendano guidare autovetture per cui è necessario il possesso della patente A, B o C speciali, al fine di concorrere al sostegno della spesa per l'acquisizione delle patenti speciali, per l'adattamento di veicoli di uso privato destinati alla mobilità di cittadini con gravi disabilità, per l'adattamento e la manutenzione degli strumenti di guida a favore dei titolari di patenti A, B o C speciali con disabilità motorie permanenti <sup>(47)</sup>.

---

(45) Vedi anche l'art. 5, *L.R. 31 dicembre 2010, n. 19*.

(46) Vedi, anche, la *Delib.G.R. 30 ottobre 2006, n. 1633*.

(47) Vedi, anche, la *Delib.G.R. 31 agosto 2006, n. 1289*, la *Delib.G.R. 16 novembre 2010, n. 2471* e la *Delib.G.R. 25 settembre 2012, n. 1828*.

---

## **Art. 34**

### *Politiche per le persone immigrate.*

1. La Regione Puglia, in attuazione dei principi indicati nello Statuto, nell'ambito delle proprie competenze ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione e del Testo Unico emanato con *D.Lgs. n. 286/1998*, e ispirandosi ai principi e ai valori della "Dichiarazione fondamentale dei diritti dell'uomo" e della "Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea", promuove iniziative rivolte ad attribuire a tutte le persone immigrate e alle loro famiglie che dimorano o risiedono nel territorio della Regione Puglia e che dimostrino di avere rispettato le vigenti disposizioni normative in materia di flussi migratori, condizioni di uguaglianza con i cittadini italiani nel godimento dei diritti civili e concorre a rimuovere le cause che ne ostacolano l'inserimento nell'organizzazione sociale, culturale ed economica della Regione.

2. Le politiche per le persone immigrate sono rivolte a favorirne l'accoglienza, a prevenire e contrastare fenomeni di esclusione sociale e quindi di emarginazione e devianza, a promuovere la piena integrazione sociale e culturale delle persone immigrate nelle comunità locali in cui vivono. La Regione Puglia concorre ad assicurare condizioni di vita dignitose agli immigrati ospitati temporaneamente nei centri di accoglienza con iniziative adeguate da realizzare in raccordo con i Comuni sul cui territorio insistono tali centri.

3. La Regione promuove l'articolazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e gli specifici interventi rivolti alla tutela e promozione sociale delle

persone immigrate, perseguendo le seguenti finalità, in stretto raccordo con i Comuni, per le rispettive competenze:

a) individuare e rimuovere gli ostacoli di carattere economico, sociale e culturale alla piena integrazione, allo scopo di garantire alle persone immigrate pari opportunità di accesso all'abitazione, al lavoro, all'istruzione e alla formazione professionale, ai percorsi di cura e assistenza sociale per tutte le situazioni di fragilità e a rischio di devianza;

b) individuare e rimuovere eventuali condizioni di marginalità sociale;

c) promuovere la comunicazione e la reciproca conoscenza tra cittadini stranieri immigrati e italiani, singoli e associati, anche attraverso centri interculturali;

d) contrastare fenomeni che comportano atti di violenza o di sfruttamento, anche sessuale, delle persone immigrate, con specifico riferimento alle donne e ai minori;

e) garantire, nell'ambito delle proprie competenze, percorsi di assistenza e tutela rivolti a minori stranieri non accompagnati, nonché di reinserimento di minori dimessi da istituti penali minorili;

f) garantire il rispetto per la cultura di origine e la pratica religiosa, purché non in contrasto con le leggi vigenti in Italia e nel rispetto dei diritti umani.

4. Oltre alle prestazioni erogate ai sensi dell'articolo 117, comma secondo, lettera m), della Costituzione, nonché dell'articolo 12 della presente legge, in coerenza con le finalità espresse al comma 3, sono compresi tra gli interventi e i servizi per le persone immigrate:

a) l'attivazione di percorsi integrati di inserimento sociale, scolastico, formativo e lavorativo, favorendo la comunicazione e la convivenza interculturale;

b) la promozione della partecipazione degli immigrati alle attività culturali, educative e ricreative delle comunità locali, nonché la promozione di attività di recupero della cultura e della lingua di origine, al fine di garantire il rispetto dell'identità personale delle persone immigrate;

c) l'accesso ai servizi offerti sul territorio, culturali, di trasporto, amministrativi, sociali e sanitari, mediante l'attivazione di specifiche campagne di informazione e interventi di mediazione culturale, consulenza legale, orientamento e formazione <sup>(48)</sup>;

d) la predisposizione di progetti mirati a favore di cittadini stranieri in situazioni di particolare fragilità, quali profughi, rifugiati, richiedenti asilo, vittime di tratta;

e) la predisposizione di interventi a sostegno abitativo per le persone immigrate, capaci di affrontare le emergenze abitative, anche a carattere temporaneo, che le interessino;

f) la predisposizione di specifici interventi finalizzati al contrasto del lavoro sommerso;

g) la realizzazione di appositi corsi di formazione per il personale degli uffici pubblici che si occupano di gestione delle politiche per le persone immigrate;



h) la promozione, d'intesa con i Comuni, di progetti sperimentali per i problemi abitativi dei Rom, attraverso il reperimento di aree attrezzate sia per le situazioni di transito che per quelle residenziali.

---

(48) Lettera così sostituita dall'art. 24, comma 2, L.R. 4 dicembre 2009, n. 32, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. Il testo originario era così formulato: «c) l'accesso ai servizi offerti sul territorio, culturali, di trasporto, amministrativi, sociali e sanitari, mediante l'attivazione di specifiche campagne d'informazione e interventi di mediazione culturale, consulenza legale, orientamento, formazione. In particolare, in applicazione della Convenzione internazionale dei diritti del fanciullo (1990), si provvede a iscrivere al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tutti i minori presenti nel territorio regionale;».

---

### **Art. 35**

#### *Azioni e interventi. Competenze dei Comuni.*

1. Le iniziative e le attività previste dalla presente legge sono realizzate sulla base della rilevazione dei bisogni operata dagli enti locali, dalle associazioni e dalle forze sociali, per conseguire un'azione territorialmente equilibrata e integrata.
  2. I Comuni concorrono alla programmazione e realizzano gli interventi per le persone immigrate in modo da garantire la massima integrazione con la rete degli interventi e dei servizi sociali promossa con i Piani sociali di zona, anche considerando le pari opportunità di accesso a tale rete per le persone immigrate.
  3. Ogni ambito territoriale organizza, in modo integrato con la rete dei servizi d'accesso previsti nel Piano sociale di zona, un apposito servizio per gli immigrati con compiti di osservazione, informazione, assistenza legale, mediazione culturale e linguistica, intermediazione abitativa. Detto servizio deve essere organizzato in modo da estendere i suoi effetti su tutti i Comuni dell'ambito territoriale ed è prioritariamente rivolto agli immigrati vittime di discriminazioni per motivi etnici, razziali, religiosi, sessuali.
  4. I Comuni dedicano alla realizzazione degli interventi e dei servizi in favore delle persone immigrate, ove si tratti di interventi specifici e dedicati rispetto alla rete dei servizi sociali, una quota di risorse finalizzate dei trasferimenti ricevuti dalla Regione, di cui all'articolo 67, secondo quanto previsto dal Piano regionale delle politiche sociali, oltre a eventuali risorse aggiuntive di provenienza comunitaria, nazionale e regionale.
- 

### **Art. 36**

#### *Programmazione e sostegno. Competenze della Regione.*

1. La Regione partecipa, anche con l'apporto di risorse proprie, a iniziative nazionali e comunitarie rivolte a promuovere l'accoglienza, l'inclusione sociale e l'inserimento lavorativo di persone immigrate.

2. La Regione programma e promuove, con il Piano regionale delle politiche sociali, ovvero con linee-guida di indirizzo mirate, iniziative concernenti attività sociali integrate con attività culturali, diritto allo studio, inserimento nel mercato del lavoro e formazione professionale, attività economiche di sostegno all'autoimprenditorialità e all'emersione del sommerso, specificamente nel lavoro di cura, interventi socio-assistenziali e sanitari, diritto alla casa, assicurando agli immigrati di cui all'articolo 34, comma 1, l'estensione degli interventi e delle azioni previste a favore dei cittadini pugliesi, oltre a specifiche iniziative concernenti la tutela dei minori immigrati.

---

### **Art. 37**

#### *Albo dei centri di accoglienza.*

1. È istituito l'Albo regionale dei centri di accoglienza per gli immigrati.
  2. La Giunta regionale disciplina con il regolamento regionale di cui all'articolo 64 i criteri strutturali e gestionali cui i centri devono uniformarsi per ottenere l'iscrizione all'Albo e le modalità di iscrizione.
  3. I Comuni interessati autorizzano l'istituzione di non più di due centri di accoglienza nel proprio territorio; nel quadro delle norme regolamentari regionali, i Comuni espletano compiti di gestione, controllo e vigilanza sui centri di accoglienza.
  4. L'iscrizione all'Albo regionale dei centri di accoglienza costituisce condizione indispensabile per l'ammissione ai finanziamenti e alla stipula delle convenzioni di cui all'[articolo 38, comma 2, del D.Lgs. n. 286/1998](#).
  5. Ai Comuni inferiori ai 20 mila abitanti, sede di centri di accoglienza con permanenza media di duecento unità giornaliere su base annua, vengono attribuite risorse rivenienti dalla [legge regionale 12 maggio 1980, n. 42](#) (Norme organiche per l'attuazione del diritto allo studio), calcolando al doppio il numero degli alunni ammessi ai vari servizi e per l'[articolo 15 della legge regionale 4 maggio 1999, n. 17](#) (Misure di rilievo finanziario per la programmazione regionale e la razionalizzazione della spesa - Collegato alla legge di bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 1999 e bilancio pluriennale 1999/2001), calcolando al doppio il numero dei residenti.
  6. Nelle more dell'istituzione dell'Albo regionale dei centri di accoglienza, le disposizioni di cui al comma 5, fermo restando l'ammontare delle risorse rivenienti dalla [L.R. n. 42/1980](#), nonché dall'[articolo 15 della L.R. n. 17/1999](#), si applicano direttamente nei confronti dei Comuni sede dei centri di accoglienza riconosciuti con decreto del Ministro per la solidarietà sociale ai sensi del [decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394](#) (Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'[articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286](#)), su richiesta del Sindaco che attesta la permanenza media di duecento unità giornaliere su base annua con riferimento all'anno precedente.
-

**Art. 38***Centri di accoglienza già in funzione.*

1. I centri di accoglienza in funzione alla data di entrata in vigore della presente legge in collaborazione con le Prefetture e/o i Comuni possono continuare la propria attività adottando metodologie di gestione sempre meglio ispirate al criterio del rispetto dei diritti delle persone e della dignità umana, nonché di tutte le norme igieniche e sulla sicurezza vigenti.
  2. Le strutture e l'organizzazione interna dei centri devono successivamente essere adeguate entro termini perentori alle norme regolamentari di cui all'articolo 37.
- 

---

**TITOLO IV****Tipologie, standard, autorizzazione e accreditamento****Art. 39***Criteri.*

1. Nel presente titolo sono definiti i criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture socio-assistenziali a gestione pubblica o a gestione privata.
  2. L'iscrizione nei registri regionali delle strutture e dei servizi socio-assistenziali garantisce ai cittadini la qualità delle prestazioni.
- 

---

**Art. 40***Strutture e servizi soggetti ad autorizzazione.*

1. Sono soggette all'autorizzazione e al funzionamento tutte le strutture e i servizi socio-assistenziali già operanti e quelli di nuova istituzione che, indipendentemente dalla denominazione dichiarata, sono rivolti a:
  - a) minori, per interventi socio-assistenziali ed educativi integrativi o sostitutivi della famiglia;
  - b) disabili e affetti da malattie croniche invalidanti e/o progressive e terminali, per interventi socio-assistenziali o socio-sanitari finalizzati al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia;
  - c) anziani, per interventi socio-assistenziali o socio-sanitari finalizzati al mantenimento e al recupero delle residue capacità di autonomia della persona e al sostegno della famiglia;

d) persone affette da AIDS che necessitano di assistenza continua e risultano prive del necessario supporto familiare o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale;

e) persone con problematiche psico-sociali che necessitano di assistenza continua e risultano prive del necessario supporto familiare o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale;

f) adulti con problematiche sociali per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o permanentemente impossibile o contrastante con il progetto individuale;

g) adulti e nuclei familiari che si trovino in specifiche situazioni di difficoltà economica, connesse a forme estreme di povertà, anche temporanee, a difficoltà abitative, ovvero a provvedimenti di restrizione delle libertà personali mediante regimi detentivi disposti dall'autorità giudiziaria;

h) persone immigrate e loro nuclei familiari.

2. Oltre quelle già individuate nella presente legge, la Regione promuove forme innovative di strutture e servizi per le persone, in relazione alla evoluzione del sistema dei bisogni della popolazione pugliese, definendo nel regolamento di cui all'articolo 64 i relativi requisiti strutturali, organizzativi e funzionali minimi per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento <sup>(49)</sup>.

---

(49) Comma così sostituito dall'[art. 6, comma 1, lettera a\), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7](#), a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29). Il testo originario era così formulato: «2. Per le strutture di cui alle lettere b), c), d) ed e) del comma 1 che chiedono di erogare anche prestazioni socio-sanitarie, fatto salvo il rispetto dei requisiti richiesti per le prestazioni sanitarie, l'autorizzazione alla realizzazione e al funzionamento di cui al comma 1 è rilasciata in conformità delle disposizioni di cui all'[articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#) (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'[articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421](#)), con specifico riferimento all'autorizzazione rilasciata dal Comune e subordinata alla verifica di compatibilità prevista per le strutture di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a), punto 1), della [legge regionale 28 maggio 2004, n. 8](#) (Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private).».

---

## **Art. 41**

### *Strutture per minori.*

1. Le strutture per minori che erogano interventi socio-assistenziali ed educativi integrativi o sostitutivi della famiglia sono distinti secondo le seguenti tipologie:

a) comunità familiare;

- b) comunità educativa;
- c) comunità di pronta accoglienza;
- d) comunità alloggio o gruppo appartamento per adolescenti;
- e) centro socio-educativo diurno e di aggregazione per pre-adolescenti e adolescenti;
- f) centro aperto polivalente;
- g) asili nido.

2. La comunità familiare è struttura educativa residenziale, caratterizzata da bassa intensità assistenziale, destinata alla convivenza stabile di un piccolo gruppo di minori con due o più adulti che assumono le funzioni genitoriali.

3. La comunità educativa è struttura residenziale a carattere comunitario di tipo familiare caratterizzata dalla convivenza di un gruppo di minori con un'équipe di operatori professionali che svolgono la funzione educativa come attività di lavoro. Se la struttura accoglie anche minori con problematiche psico-sociali, le prestazioni socio-sanitarie eventualmente richieste sono a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

4. La comunità di pronta accoglienza è struttura educativa residenziale a carattere comunitario caratterizzata dalla temporaneità dell'accoglienza di un piccolo gruppo di minori con un gruppo di educatori che a turno assumono la funzione di adulto di riferimento svolgendo attività lavorativa.

5. La comunità alloggio o gruppo appartamento per adolescenti è struttura educativa residenziale a carattere comunitario caratterizzata dalla convivenza di un gruppo di giovani, con la presenza, limitata ad alcuni momenti della giornata, di operatori professionali che a turno assumono la funzione di adulto di riferimento.

6. Il centro socio-educativo diurno è struttura di prevenzione e recupero aperta a tutti i minori che, attraverso la realizzazione di un programma di attività e servizi socio-educativi, culturali, ricreativi e sportivi, mira in particolare al recupero di minori con problemi di socializzazione o esposti al rischio di dispersione scolastica, emarginazione e di devianza e opera in stretto collegamento con i servizi sociali dei comuni e con le istituzioni scolastiche, nonché con i servizi di cui ai commi 3 e 4. Se la struttura accoglie anche minori con problematiche psico-sociali, le prestazioni socio-sanitarie eventualmente richieste sono a carico del SSR.

7. Il centro aperto polivalente è una struttura aperta a tutti i minori del territorio e opera, preferibilmente, in raccordo con i servizi sociali dei comuni e con le istituzioni scolastiche, attraverso la progettazione e la realizzazione di interventi di socializzazione ed educativo-ricreativi miranti a promuovere il benessere della comunità e contrastare fenomeni di marginalità e disagio minorile.

8. L'asilo nido è un servizio educativo e sociale aperto ai minori in età compresa tra i tre mesi e i tre anni che concorre con le famiglie alla loro crescita e formazione, nel quadro di una politica per la prima infanzia e delle garanzie del diritto all'educazione, nel rispetto dell'identità individuale, culturale e religiosa. Questo servizio è organizzato anche come micro-nido, come asilo nido aziendale, ovvero come sezioni primavera, per l'accoglienza dei bambini da ventiquattro a

trentadue mesi connessa alla riforma nazionale della scuola e il regolamento regionale ne disciplina gli standard strutturali e organizzativo-funzionali.

---

## **Art. 42**

### *Strutture per disabili.*

1. Le strutture per disabili sono distinte secondo le seguenti tipologie:

a) comunità alloggio/gruppo appartamento;

b) comunità socio-riabilitativa;

c) residenza protetta o residenza socio-sanitaria assistenziale, a bassa e media intensità assistenziale;

d) centro diurno socio-educativo e/o riabilitativo.

d-bis) casa-famiglia con servizi formativi alle autonomie per l'inserimento socio-lavorativo di persone con disabilità <sup>(50)</sup>;

d-ter) centro diurno integrato per il supporto cognitivo e comportamentale ai soggetti affetti da demenza <sup>(51)</sup>.

2. La comunità alloggio/gruppo appartamento è struttura residenziale a bassa intensità assistenziale, parzialmente autogestita, destinata a soggetti maggiorenni, privi di validi riferimenti familiari, in situazione di handicap fisico, intellettivo o sensoriale che mantengano una buona autonomia tale da non richiedere la presenza di operatori in maniera continuativa.

3. La comunità socio-riabilitativa è struttura residenziale socio-assistenziale a carattere comunitario destinata a soggetti privi del sostegno familiare o per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale. La struttura è finalizzata a garantire una vita quotidiana significativa, sicura e soddisfacente a persone in situazione di compromissione funzionale, con nulla o limitata autonomia e assicura l'erogabilità d'interventi socio-sanitari non continuativi assimilabili alle forme di assistenza rese a domicilio. In presenza di utenti minori, l'équipe di operatori è integrata con le figure professionali adeguate in relazione alle specifiche esigenze.

4. La residenza protetta o residenza socio-sanitaria assistenziale a bassa e media intensità assistenziale è struttura residenziale socio-assistenziale destinata a persone in situazione di handicap con gravi deficit psico-fisici che richiedono un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria.

5. Il centro diurno socio-educativo, anche all'interno o in collegamento con le strutture di cui ai commi 3 e 4, è struttura socio-assistenziale a ciclo diurno finalizzata al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia. Il centro è destinato a soggetti diversamente abili, anche psico-sensoriali, con notevole compromissione delle autonomie funzionali, ovvero pazienti psichiatrici stabilizzati, e per i quali non è prevedibile nel breve periodo un

percorso di inserimento lavorativo e assicura l'erogabilità delle prestazioni riabilitative di carattere socio-sanitario.

---

(50) Lettera aggiunta dall'art. 5, comma 1, lettera b), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(51) Lettera aggiunta dall'art. 5, comma 1, lettera b), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

---

### **Art. 43**

#### *Strutture per anziani.*

1. Le strutture per anziani sono distinte secondo le seguenti tipologie:
  - a) comunità alloggio/gruppo appartamento;
  - b) casa alloggio;
  - c) casa di riposo;
  - d) residenza protetta o residenza socio-sanitaria assistenziale a bassa e media intensità assistenziale;
  - e) centro diurno.
2. La comunità alloggio/gruppo appartamento è struttura residenziale autogestita, a bassa intensità assistenziale, consistente in un nucleo di convivenza a carattere familiare per anziani autosufficienti che necessitano di una vita comunitaria e di reciproca solidarietà.
3. La casa alloggio è struttura residenziale a prevalente accoglienza alberghiera, a bassa intensità assistenziale, costituita da un insieme di alloggi di piccola dimensione e varia tipologia dotati di tutti gli accessori per consentire una vita autonoma e da servizi collettivi, destinata ad anziani autosufficienti.
4. La casa di riposo è struttura residenziale a prevalente accoglienza alberghiera destinata a ospitare, temporaneamente o permanentemente, anziani autosufficienti che per loro scelta preferiscono avere servizi collettivi anziché gestire in maniera autonoma la propria vita o che hanno dei limitati condizionamenti di natura fisica, psichica, economica o sociale nel condurre una vita autonoma.
5. La residenza protetta o residenza sanitaria assistita a bassa e media intensità assistenziale è struttura residenziale, a prevalente accoglienza alberghiera e a integrazione socio-sanitaria, destinata a ospitare, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti con limitazioni fisiche e/o psichiche non in grado di condurre una vita autonoma, ma che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.
6. Il centro diurno è struttura socio-assistenziale a regime semiresidenziale costituente luogo d'incontro e di relazioni in grado di permettere, anche all'interno o in collegamento con le strutture di cui ai commi 3, 4 e 5, l'erogabilità delle prestazioni che rispondano a specifici bisogni della popolazione anziana.

---

**Art. 44***Strutture per persone con problematiche psico-sociali.*

1. Le strutture per persone con problematiche psico-sociali sono distinte secondo le seguenti tipologie:

- a) casa famiglia per persone con problematiche psico-sociali;
- b) comunità alloggio/gruppo appartamento per ex tossicodipendenti.

2. La casa famiglia per persone con problematiche psico-sociali è struttura residenziale a carattere prevalentemente sociale e a bassa intensità assistenziale sanitaria, per accoglienza temporanea o permanente, consistente in un nucleo, anche autogestito, di convivenza a carattere familiare per persone con problematiche psico-sociali definitivamente uscite dal circuito sanitario/psichiatrico, prive di validi riferimenti familiari, ovvero persone con disturbi mentali per le quali si reputi opportuno l'allontanamento dal nucleo familiare e/o che necessitano di sostegno nel mantenimento del livello di autonomia e nel percorso di inserimento o reinserimento sociale e/o lavorativo.

3. La comunità alloggio/gruppo appartamento per ex tossicodipendenti è struttura residenziale temporanea o permanente a bassa intensità assistenziale, a carattere familiare, autogestito da soggetti privi di validi riferimenti familiari o per i quali si reputi opportuno l'allontanamento dal nucleo familiare o che necessitano di sostegno nel percorso di autonomia e di inserimento o reinserimento sociale.

---

**Art. 45***Strutture per adulti con problematiche sociali.*

1. Le strutture per persone adulte con problematiche sociali sono distinte secondo le seguenti tipologie:

a) comunità alloggio/gruppo appartamento per gestanti e madri con figli a carico;

b) alloggio sociale per adulti in difficoltà, anche immigrati;

c) centro pronta accoglienza per adulti;

d) centro di accoglienza per detenuti ed ex detenuti;

e) centro sociale rieducativo per detenuti;

f) casa rifugio per donne, anche con figli minori, vittime di violenza o vittime della tratta a fine di sfruttamento sessuale;

f-bis) albergo diffuso per l'accoglienza di lavoratori stagionali stranieri immigrati <sup>(52)</sup>;



f-ter) centro notturno di accoglienza per persone senza fissa dimora <sup>(53)</sup>.

2. La comunità alloggio/gruppo appartamento per gestanti e madri con figli a carico è struttura residenziale a bassa intensità assistenziale, a carattere temporaneo o permanente, consistente in un nucleo autogestito di convivenza a carattere familiare per gestanti e madri con figli a carico, prive di validi riferimenti familiari o per le quali si reputi opportuno l'allontanamento dal nucleo familiare e che necessitano di sostegno nel percorso d'inserimento o reinserimento sociale.

3. L'alloggio sociale per adulti in difficoltà è struttura che offre una risposta temporanea alle esigenze abitative e di accoglienza di persone con difficoltà di carattere sociale prive del sostegno familiare o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o permanentemente impossibile o contrastante con il progetto individuale.

4. Il centro di pronta accoglienza per adulti è struttura residenziale a carattere comunitario destinata esclusivamente alle situazioni di emergenza.

5. Il centro di accoglienza per detenuti ed ex detenuti è struttura residenziale a carattere comunitario che offre ospitalità completa e/o diurna a persone già o ancora sottoposte a misure restrittive della libertà personale. Analoghe strutture possono essere destinate all'accoglienza e all'assistenza di immigrati con permesso di soggiorno.

6. Il centro sociale rieducativo per detenuti è struttura a carattere comunitario e a ciclo diurno, aperta a persone sottoposte a provvedimenti di restrizione delle libertà personali da parte dell'autorità giudiziaria, mediante un regime detentivo, a cui venga consentito di trascorrere parte del giorno fuori dall'Istituto di pena, per partecipare ad attività lavorative, istruttive e comunque utili al reinserimento sociale, in base a un programma di trattamento concordato tra il direttore dell'istituto di pena e il responsabile del centro.

7. La casa rifugio per donne, anche con figli minori, vittime di violenza o vittime della tratta a fine di sfruttamento sessuale è struttura residenziale a carattere comunitario che offre ospitalità e assistenza a donne vittime di violenza fisica e/o psicologica, con o senza figli, e a donne vittime della tratta e sfruttamento sessuale, per le quali si renda necessario il distacco dal luogo in cui è avvenuta la violenza e l'inserimento in una comunità.

---

(52) Lettera aggiunta dall'art. 5, comma 1, lettera c), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(53) Lettera aggiunta dall'art. 5, comma 1, lettera c), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

---

## **Art. 46**

### *Servizi socio-assistenziali.*

1. Sono classificabili servizi socio-assistenziali:

a) tutte le prestazioni erogate nell'ambito delle strutture soggette alla disciplina della presente legge;

- b) il servizio di segretariato sociale;
- c) lo sportello sociale o d'informazione sociale;
- d) il servizio di pronto intervento sociale;
- e) il servizio sociale professionale;
- f) le prestazioni di assistenza domiciliare;
- g) le ludoteche;
- h) il centro ludico per la prima infanzia;
- i) il tutor;
- j) i servizi socio-assistenziali di cui alla [legge regionale 9 giugno 1987, n. 16](#) (Norme organiche per l'integrazione scolastica degli handicappati);
- k) il centro di ascolto per le famiglie e i servizi di sostegno alla famiglia e alla genitorialità;
- l) i servizi di mediazione;
- m) le comunità familiari;
- n) l'affido minori;
- o) l'affido adulti;
- p) l'affido anziani;
- q) il servizio civile degli anziani;
- r) il servizio di telefonia sociale;
- s) i servizi socio-educativi innovativi e sperimentali per la prima infanzia;
- s-bis) nido in famiglia <sup>(54)</sup>;
- t) i servizi di contrasto della povertà e della devianza;
- u) i servizi educativi per il tempo libero;
- v) gli interventi educativi di strada;
- x) i centri sociali polivalenti per disabili, minori, anziani;
- w) il centro anti violenza;
- y) gli sportelli per l'integrazione socio-sanitaria-culturale degli immigrati;
- z) ogni altro servizio individuato nel regolamento regionale di cui all'articolo 62.

2. I servizi socio-assistenziali di cui alle lettere a), b), e) ed f) del comma 1 sono erogati secondo gli standard fissati dal regolamento regionale di cui all'articolo 64 garantendo in ogni caso:

- a) la presenza di figure professionali qualificate in relazione alla tipologia del servizio;
- b) la presenza di un coordinatore responsabile del servizio;
- c) la pubblicizzazione delle tariffe praticate con l'indicazione delle prestazioni offerte, in conformità della carta dei servizi come definita dalla presente legge;
- d) la predisposizione di piani individualizzati di assistenza definiti in un apposito registro degli utenti;
- e) l'integrazione con i servizi socio-sanitari;
- f) le attività integrative aperte al contesto sociale;
- g) l'applicazione dei contratti di lavoro e dei relativi accordi integrativi, nonché la regolarità contributiva e previdenziale.

3. I servizi socio-assistenziali di cui alle lettere e), f), g), h), i), m), n), o), p), x) e w) sono erogati nel rispetto dei criteri fissati dal regolamento regionale di cui all'articolo 64.

---

(54) Lettera aggiunta dall'art. 7, comma 1, L.R. 6 febbraio 2013, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29).

---

## **Art. 47**

### *Definizione dei servizi socio-assistenziali.*

1. Il servizio di segretariato sociale opera quale sportello unico per l'accesso ai servizi socio-assistenziali e svolge attività d'informazione, di ascolto e di orientamento sui diritti di cittadinanza con caratteristiche di gratuità per l'utenza. Il segretariato sociale può articolare l'accesso unico ai servizi anche mediante sportelli sociali o di informazione sociale distribuiti sul territorio e rivolti a fornire le prime informazioni sui diritti, le opportunità e i servizi ai cittadini, nonché la prima assistenza per la predisposizione delle istanze per l'accesso alle prestazioni.

2. Il servizio sociale professionale è finalizzato alla lettura e decodificazione della domanda sociale, alla presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale, alla predisposizione di progetti personalizzati, all'attivazione e integrazione dei servizi e delle risorse in rete, all'accompagnamento e all'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione; svolge uno specifico ruolo nei processi di pianificazione e coordinamento della rete dei servizi sociali e socio-sanitari; deve essere garantito da professionisti assistenti sociali iscritti all'Albo; assume un ruolo d'interventi professionali proprio e di livello essenziale per osservare e gestire i fenomeni sociali, erogare prestazioni d'informazioni, consulenza e aiuto professionale. Rispetto alla tipologia di intervento, si distingue in:

- a) servizio di segretariato sociale;
- b) gestione sociale del caso (case management);

c) osservazione, pianificazione, direzione e coordinamento delle politiche socio-assistenziali e socio-sanitarie;

d) servizio di pronto intervento per le situazioni di emergenza sociale.

3. Il servizio di pronto intervento per le situazioni di emergenza sociale è un servizio sempre funzionante, che affronta l'emergenza e l'urgenza sociale in tempi rapidi e in maniera flessibile, strettamente collegato con i servizi sociali territoriali.

4. Il servizio di assistenza e di educativa domiciliare consiste:

a) in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel proprio ambiente di vita;

b) in prestazioni di tipo socio-assistenziale, anche domiciliari, per malati affetti da disturbi mentali, da malattie croniche invalidanti e/o progressivo-terminali;

c) in servizi per il reinserimento dei minori a rischio di devianza (maestri di strada e formazione integrata in botteghe).

5. Il servizio di ludoteca consiste in un insieme di attività educative, ricreative e culturali aperto a minori in età compresa tra i tre e i cinque anni e tra i sei e i dieci anni, per i quali s'intende promuovere le esperienze di gioco e ha lo scopo di favorire lo sviluppo personale, la socializzazione, l'educazione all'autonomia e alla libertà di scelta al fine di valorizzare le capacità creative ed espressive.

6. L'affido minori è un servizio a carattere temporaneo prestato da famiglie che assicura a soggetti minori in situazione di disagio il sostegno alla vita quotidiana in un contesto relazionale familiare.

7. Il centro ludico per la prima infanzia consiste in un insieme di attività socio-educative-ricreative per i minori in età compresa tra i sei e i trentasei mesi, destinato a favorire il benessere psico-fisico e le opportunità di socializzazione dei bambini. Si caratterizza come luogo di vita per i bambini capace di fornire risposte flessibili e differenziate in relazione alle esigenze delle famiglie e nel rispetto delle opportunità educative, di socialità e di comunicazione per i bambini e in cui sono previsti orari ridotti di permanenza continuativa nell'arco della giornata.

8. Il tutor è un servizio che assume la responsabilità d'interventi personalizzati nell'ambito di progetti assistenziali definiti per ogni specifico caso.

9. La comunità familiare consiste nel servizio di accoglienza offerto da nuclei familiari o sul modello familiare a minori e persone temporaneamente prive di adeguati supporti familiari. È assimilabile a tale tipologia la casa-famiglia, che si caratterizza per l'accoglienza multiutenza per età e situazione di bisogno, con una capacità limitata di accoglienza e un rapporto operatori/utenti adeguato ai casi di particolare gravità.

10. Il centro di ascolto per le famiglie offre uno spazio di accoglienza, ascolto, consulenza specialistica a coppie con figli minori, a coppie e a singoli, al fine di promuovere azioni che aumentino il benessere personale, la qualità delle relazioni interpersonali, le capacità genitoriali, le capacità di auto-organizzazione e di autonomia progettuale del singolo e rispetto al nucleo in cui vive.

11. Il servizio di mediazione offre risposte specifiche alle difficoltà causate da relazioni conflittuali o da assenza di relazioni; consente la realizzazione di interventi di mediazione familiare, sociale, culturale nonché l'attivazione di uno

spazio neutro, quale contenitore o percorso qualificato per la gestione degli incontri tra bambini e genitori, finalizzata alla ricostruzione del binomio genitore-bambino in un luogo terzo e in un tempo distinto dallo svolgersi della vita quotidiana.

12. L'affido adulti è un servizio prestato da famiglie finalizzato ad assicurare a persone in difficoltà o prive di assistenza il sostegno alla vita quotidiana in un contesto relazionale familiare.

13. L'affido anziani è un servizio prestato da famiglie che assicura a persone anziane, in difficoltà o prive di assistenza, il sostegno alla vita quotidiana finalizzato ad escludere forme di assistenza al di fuori di un contesto relazionale familiare.

14. I centri sociali polivalenti per disabili, minori e anziani consistono in strutture aperte alla partecipazione anche non continuativa di utenti alle attività ludico-ricreative, di socializzazione, di animazione, in cui sono garantite le prestazioni minime connesse alla socializzazione, alla organizzazione delle attività, ai presidi di garanzia per la salute e l'incolumità degli utenti durante lo svolgimento delle attività del centro.

15. Il servizio civile degli anziani consiste nell'attività prestata da persone anziane in programmi di pubblica utilità finalizzata a valorizzare il ruolo della persona anziana nella società.

16. Il servizio di telefonia consiste nell'aiuto rivolto a tutti i cittadini, da assicurare nei tempi e nei modi adeguati al bisogno, per l'accesso alle prestazioni fruibili sul territorio.

17. Il centro antiviolenza consiste in un insieme di servizi d'informazione, ascolto e accoglienza, a cui può rivolgersi ogni donna in momentanea difficoltà dovuta a qualsiasi forma di violenza. Il centro eroga informazioni sui presidi sanitari, psicologici e legali a supporto della donna che abbia subito violenza, svolge colloqui di accoglienza e gestisce una linea telefonica di pronto intervento, offre consulenze psico-sociali, socio-educative, legali e psicologiche, assiste la donna nella ricerca del lavoro e nel reperimento di un'adeguata sistemazione alloggiativa.

18. Gli sportelli per l'integrazione socio-sanitaria-culturale degli immigrati erogano servizi d'informazione e orientamento, assistenza legale e amministrativa, mediazione culturale e linguistica, intermediazione abitativa, tutoraggio per l'accesso ai servizi per l'accesso ai servizi della persona immigrata e della sua famiglia, nonché svolgono la funzione di monitoraggio e osservazione dei bisogni, delle condizioni di vita e del rispetto dei diritti delle persone immigrate; per il funzionamento degli sportelli sono impiegate figure professionali qualificate tra cui la figura del mediatore interculturale, di nazionalità italiana e di nazionalità straniera, avendo cura di rappresentare le principali aree geografiche di provenienza degli immigrati fruitori dei servizi in un comune o ambito territoriale.

---

## **Art. 48**

### *Titoli per l'acquisto di servizi.*

1. I comuni possono assicurare, su richiesta, le prestazioni assistenziali mediante titoli validi per l'acquisto di servizi socio-assistenziali presso i soggetti autorizzati e iscritti al relativo registro regionale, ai sensi dell'articolo 53, al fine di garantire un percorso assistenziale attivo d'integrazione e reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari <sup>(55)</sup>.
2. I criteri e le modalità per la concessione dei titoli sono stabiliti dal Piano regionale delle politiche sociali e dal regolamento regionale di cui all'articolo 64.

---

(55) Comma così sostituito dall'*art. 8, comma 1, L.R. 6 febbraio 2013, n. 7*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29). Il testo originario era così formulato: «1. I Comuni possono assicurare, su richiesta, le prestazioni assistenziali mediante titoli validi per l'acquisto di servizi socio-assistenziali presso i soggetti accreditati al fine di garantire un percorso assistenziale attivo d'integrazione o reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari.».

---

#### **Art. 49**

##### *Autorizzazione* <sup>(56)</sup>.

1. I Comuni competenti per territorio autorizzano al funzionamento le strutture e i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari sulla base dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali individuati dalla presente legge e dal regolamento di attuazione di cui all'articolo 64, accertati sulla base di idonea documentazione e sopralluogo diretto presso le sedi da autorizzare <sup>(57)</sup>.
2. Il provvedimento di autorizzazione individua la denominazione e l'ubicazione della struttura, la sede legale e amministrativa del soggetto proprietario e/o gestore, il legale rappresentante, i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari erogati, la ricettività, la natura pubblica o privata. Il provvedimento di autorizzazione al funzionamento determina la legittimità all'esercizio delle attività delle strutture e dei servizi autorizzati <sup>(58)</sup>.
3. Le modifiche agli elementi a base del provvedimento di autorizzazione, gli ampliamenti e le trasformazioni delle strutture determinano la decadenza dell'autorizzazione.
4. Nelle more dell'approvazione del regolamento regionale, i Comuni rilasciano autorizzazione provvisoria sulla base dei requisiti minimi di cui al regolamento approvato con *D.M. 21 maggio 2001, n. 308* del Ministro per la solidarietà sociale (Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'*articolo 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328*) e, in quanto compatibili, alle disposizioni regionali vigenti in materia di standard strutturali e assistenziali e di procedimenti autorizzativi.
5. I servizi e le strutture socio-assistenziali per minori e per anziani iscritte rispettivamente all'Albo di cui alla *legge regionale 31 agosto 1981, n. 49* (Interventi promozionali per la realizzazione e il potenziamento dei servizi di assistenza sociale a favore delle persone anziane), che alla data di entrata in vigore della presente legge siano in possesso di autorizzazione provvisoria ai sensi

dell'*articolo 28, comma 5, della legge regionale 25 agosto 2003, n. 17* (Sistema integrato d'interventi e servizi sociali in Puglia), e del *Reg. 9 maggio 1983, n. 1* (Standard strutturali organizzativi dei Servizi istituiti con la *L.R. n. 49/1981*) e del *Reg. 23 giugno 1993, n. 1* (Modifiche e integrazioni al *Reg. 6 giugno 1990, n. 1* - Apertura e funzionamento dei servizi residenziali e non residenziali per minori: determinazione degli standard relativi), la mantengono fino alla approvazione del regolamento regionale di cui all'articolo 64 della presente legge. Tali strutture devono provvedere all'adeguamento ai requisiti di legge e di regolamento entro tre anni dalla data di entrata in vigore del suddetto regolamento.

6. I Comuni dispongono per la provvisoria autorizzazione entro e non oltre il termine di novanta giorni dalla data della richiesta, decorso il quale l'autorizzazione provvisoria s'intende concessa.

7. I servizi e le strutture socio-assistenziali per le quali non era prescritta l'autorizzazione regionale, operanti alla data di entrata in vigore della *L. n. 328/2000*, su richiesta di parte sono provvisoriamente autorizzate dai Comuni competenti per territorio, che dispongono contestualmente il termine entro cui deve provvedersi all'adeguamento ai requisiti di legge e di regolamento.

8. In ogni caso il termine di cui ai commi 5 e 7, da definirsi dai Comuni in relazione all'entità e all'impegno finanziario richiesto per l'adeguamento agli standard, non può essere superiore a quattro anni dalla data di entrata in vigore del regolamento regionale di cui all'articolo 64. Tale termine è prorogato di un ulteriore anno dopo la scadenza di cui sopra esclusivamente per le strutture e i servizi per i quali entro il 6 febbraio 2011 si dichiara al Comune competente, con la necessaria documentazione a supporto, l'avvenuto avvio delle procedure per la realizzazione dei lavori di adeguamento ovvero l'avvenuta candidatura del progetto definitivo di adeguamento nell'ambito di una delle procedure regionali attivate per la concessione di finanziamenti a valere su fondi regionali, nazionali e comunitari per l'infrastrutturazione sociale e socio sanitaria del territorio pugliese <sup>(59)</sup> <sup>(60)</sup>.

8-bis. Con apposito provvedimento della Giunta regionale sono definite le direttive ai Comuni per le procedure e la modulistica necessarie per formulare la richiesta di proroga dell'autorizzazione provvisoria da parte del soggetto titolare della stessa, ove ricorrano i casi di cui al comma 8 <sup>(61)</sup>.

9. Decorso il termine di validità dell'autorizzazione provvisoria, in assenza di adeguamento ai requisiti di legge e di regolamento regionale, il comune provvede ad adottare apposito atto di revoca dell'autorizzazione provvisoria al funzionamento <sup>(62)</sup>.

10. [Per le strutture di cui all'articolo 42, comma 4, e all'articolo 43, comma 5, l'assegnazione della quota di spesa di parte sanitaria, successivamente all'autorizzazione al funzionamento di cui al presente articolo, è subordinata alla ricognizione del fabbisogno di cui all'*articolo 8 della legge regionale 9 agosto 2006, n. 26* (Interventi in materia sanitaria), così come integrato dall'*articolo 3, comma 39, della legge regionale 31 dicembre 2007, n. 40*] <sup>(63)</sup>.

11. Restano ferme le disposizioni adottate in attuazione della *legge 18 febbraio 1999, n. 45* (Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze), in materia di strutture e servizi destinati al recupero e alla riabilitazione dalla tossicodipendenza.



(56) Vedi anche l'[art. 1, comma 4, L.R. 8 aprile 2011, n. 5](#) e la [Delib.G.R. 5 febbraio 2013, n. 92](#). Per la proroga del termine indicato nel presente articolo vedi altresì l'[art. 42, comma 1, L.R. 30 dicembre 2011, n. 38](#).

(57) Comma così sostituito dall'[art. 10, comma 1, lettera a\), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7](#), a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29). Il testo originario era così formulato: «1. Le strutture e i servizi socio-assistenziali sono autorizzati dai Comuni competenti per territorio in conformità delle disposizioni di cui alla presente legge e del regolamento regionale di cui all'articolo 64.».

(58) Comma così sostituito dall'[art. 48, comma 1, lettera a\), L.R. 25 febbraio 2010, n. 4](#), a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. Il testo originario era così formulato: «2. Il provvedimento di autorizzazione individua la denominazione e l'ubicazione della struttura, la sede legale e amministrativa del soggetto proprietario e/o gestore, il legale rappresentante, i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari erogati, la ricettività, la natura pubblica o privata.».

(59) Il presente comma, già sostituito dall'[art. 48, comma 1, lettera c\), L.R. 25 febbraio 2010, n. 4](#), è stato poi nuovamente così sostituito dall'[art. 20, comma 1, lettera a\), L.R. 31 dicembre 2010, n. 19](#), a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. Il testo precedente era così formulato: «8. In ogni caso il termine di cui ai commi 5 e 7, da definirsi da parte dei comuni in relazione all'entità e all'impegno finanziario richiesto, non può essere superiore a quattro anni dalla data di entrata in vigore del regolamento regionale di cui all'articolo 64.».

(60) Per la proroga del termine qui indicato, in deroga a quanto previsto dal presente comma, vedi l'[art. 9, comma 1, L.R. 6 febbraio 2013, n. 7](#), a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29) e l'[art. 4, comma 1, L.R. 7 aprile 2015, n. 14](#), a decorrere dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

(61) Comma aggiunto dall'[art. 20, comma 1, lettera b\), L.R. 31 dicembre 2010, n. 19](#), a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(62) Comma così sostituito dall'[art. 48, comma 1, lettera c\), L.R. 25 febbraio 2010, n. 4](#), a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (vedi anche il comma 2 del medesimo articolo). Il testo originario era così formulato: «9. Decorso il termine di validità dell'autorizzazione provvisoria, in assenza di adeguamento ai requisiti di legge e di regolamento regionale, la stessa decade automaticamente.».

(63) Comma così sostituito dall'[art. 1, L.R. 9 marzo 2009, n. 1](#), poi abrogato dall'[art. 10, comma 1, lettera b\), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7](#), a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29). Il testo originario era così formulato: «10. Per le strutture di cui all'articolo 42, comma 4 e all'articolo 43, comma 5, la verifica di compatibilità prescritta dall'articolo 8-ter del comma 3 del [D.Lgs. n. 502/1992](#) è effettuata dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale ai servizi sociali, in relazione agli obiettivi del Piano regionale socio-assistenziale e del Piano regionale socio-sanitario.».



---

**Art. 50***Requisiti minimi per l'autorizzazione.*

1. Le strutture soggette ad autorizzazione, oltre a rispettare i requisiti prescritti dalle norme di carattere generale e, in particolare, dalle disposizioni in materia di urbanistica, di edilizia, di prevenzione incendi, di igiene e sicurezza, di contratti di lavoro, devono possedere i requisiti minimi previsti dalla presente legge e dal regolamento regionale di cui all'articolo 64.

2. Nelle more dell'approvazione del regolamento regionale si applicano i requisiti previsti dalla presente legge, dal [D.M. n. 308/2001](#) del Ministro per la solidarietà sociale e, in quanto compatibili, dalla [L.R. n. 49/1981](#), dal [Reg. n. 1/1983](#) e dal [Reg. n. 1/1993](#).

---

---

**Art. 51***Comunicazione avvio attività <sup>(64)</sup>.*

1. In deroga a quanto disposto all'articolo 63, i servizi di cui al comma 1 dell'articolo 46, a eccezione di quelli previsti dalle lettere a) ed e), possono essere erogati, previa comunicazione di avvio dell'attività da parte del titolare e/o gestore che attesti il possesso di tutti i requisiti previsti dal regolamento di cui all'articolo 64, presentata con le modalità stabilite dallo stesso regolamento.

2. A seguito della comunicazione di avvio dell'attività, il comune competente per territorio, espletati i dovuti accertamenti entro trenta giorni, provvede ad autorizzare il servizio al funzionamento, ai sensi dell'articolo 49, ovvero ne dispone la cessazione qualora sia accertata la difformità rispetto agli standard qualitativi disposti dallo stesso regolamento. Qualora il comune non provveda nel termine sopra indicato a eseguire i dovuti accertamenti, è fatto salvo il principio di cui al comma 3 dell'[articolo 20 della legge 7 agosto 1990, n. 241](#) (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi) e s.m.i.

---

(64) Articolo così sostituito dall'[art. 10, comma 1, lettera c\), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7](#), a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29). Il testo originario era così formulato: «Art. 51. Comunicazione avvio attività. 1. I servizi di cui all'articolo 46, comma 1, a eccezione di quelli previsti dalla lettera a), sono automaticamente autorizzati con la comunicazione di avvio dell'attività da parte del titolare in conformità delle modalità stabilite dalla presente legge.»

---

**Art. 52***Permanenza dei requisiti di autorizzazione.*

1. Il Comune che ha rilasciato l'autorizzazione al funzionamento vigila sulla permanenza dei requisiti necessari all'esercizio delle attività autorizzate, così come definiti dalla presente legge e dal regolamento di attuazione di cui all'articolo 64. A tal fine effettua, annualmente, visite ispettive in loco e acquisisce una dichiarazione resa in autocertificazione con la quale i titolari delle strutture e dei servizi autorizzati al funzionamento attestano che non vi sono state modifiche circa i requisiti strutturali, organizzativi e funzionali alla base dell'autorizzazione al funzionamento <sup>(65)</sup>.

2. La Regione riconosce la certificazione di qualità conseguita e rinnovata periodicamente dalle strutture e dai servizi socio-assistenziali quale strumento essenziale per la crescita delle organizzazioni e il mantenimento della qualità dei servizi <sup>(66)</sup>.

3. [I requisiti e le modalità d'iscrizione all'Albo degli organismi di controllo, la validità e le caratteristiche dei controlli sono definiti dal regolamento regionale, che deve stabilire:

a) i requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per l'erogazione delle prestazioni;

b) gli indici oggettivi di qualità;

c) i casi che determinano la cancellazione dall'Albo degli organismi di controllo;

d) la periodicità della certificazione] <sup>(67)</sup>.

---

<sup>(65)</sup> Comma così sostituito dall'art. 10, comma 1, lettera d), n. 1), *L.R. 6 febbraio 2013, n. 7*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29). Il testo originario era così formulato: «1. La permanenza dei requisiti per l'esercizio delle attività autorizzate ai sensi della presente legge è garantita dai titolari delle strutture e dei servizi socio-assistenziali a mezzo di autocertificazione da presentare con cadenza annuale al Comune che ha rilasciato l'autorizzazione e che è competente per la vigilanza sulle strutture autorizzate. La Regione, in accordo e in collaborazione con i Comuni, svolge azioni periodiche di verifica e controllo, anche con visite ispettive in loco da realizzare a campione, per le quali può avvalersi di organismi di controllo, da individuare secondo i criteri definiti nel regolamento regionale di cui all'articolo 64.».

<sup>(66)</sup> Comma così modificato dall'art. 10, comma 1, lettera d), n. 2), *L.R. 6 febbraio 2013, n. 7*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29).

<sup>(67)</sup> Comma abrogato dall'art. 10, comma 1, lettera d), n. 3), *L.R. 6 febbraio 2013, n. 7*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29).

---

## **Art. 53** *Registri.*

1. Presso il Settore sistema integrato servizi sociali della Regione sono istituiti i seguenti registri regionali articolati per provincia:

a) registro delle strutture e dei servizi autorizzati all'esercizio delle attività socio-assistenziali destinate ai minori;

b) registro delle strutture e dei servizi autorizzati all'esercizio delle attività socio-assistenziali destinate ai disabili;

c) registro delle strutture e dei servizi autorizzati all'esercizio delle attività socio-assistenziali destinate agli anziani;

d) registro delle strutture e dei servizi autorizzati all'esercizio delle attività socio-assistenziali destinate alle persone con problematiche psico-sociali;

e) registro delle strutture e dei servizi autorizzati all'esercizio delle attività socio-assistenziali destinate agli adulti con problematiche sociali;

e-bis) registro dei servizi autorizzati come sportelli sociali, sportelli per l'integrazione socio-sanitaria-culturale degli immigrati, centri di ascolto per le famiglie e servizi a sostegno della genitorialità <sup>(68)</sup>.

2. I registri, in forma cartacea e/o informatica, contengono in ordine cronologico d'iscrizione la denominazione e l'ubicazione della struttura, la sede legale e amministrativa del soggetto proprietario e/o gestore, il legale rappresentante, i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari erogati, la ricettività, gli estremi dei provvedimenti concernenti l'autorizzazione al funzionamento e l'iscrizione al registro, la natura pubblica o privata.

3. I Comuni, entro quindici giorni dall'adozione, trasmettono all'Assessorato regionale ai servizi sociali, ai fini dell'esercizio delle competenze regionali, i provvedimenti concernenti le autorizzazioni al funzionamento, le relative modifiche e le revoche previste dalla presente legge e dal regolamento regionale di cui all'articolo 64.

4. Il dirigente del Settore sistema integrato servizi sociali della Regione, entro trenta giorni dalla data di ricevimento del provvedimento del Comune, dispone, in conformità del regolamento regionale, l'iscrizione, le modifiche e le revoche nei rispettivi registri.

5. Nel caso di non conformità del provvedimento del Comune alle disposizioni vigenti, il dirigente del Settore Sistema integrato servizi sociali, con motivato atto di diniego, restituisce il provvedimento al Comune.

6. L'iscrizione nei registri è condizione necessaria per stipulare convenzioni con gli enti pubblici, nonché per accedere all'accREDITAMENTO di cui all'articolo 54 e comporta l'obbligo per i soggetti gestori di indicare nella denominazione sociale e in tutte le forme di pubblicità gli estremi di iscrizione nei registri regionali <sup>(69)</sup>.

7. La pubblicità delle strutture e dei servizi iscritti nei registri regionali è assicurata attraverso la piattaforma informatica dedicata, accessibile "on line", con aggiornamento costante. L'elenco delle strutture e dei servizi autorizzati al funzionamento al 31 dicembre di ciascun anno è predisposto dal competente

Servizio regionale e reso disponibile "on line" entro il 31 gennaio dell'anno successivo <sup>(70)</sup>.

8. Sono fatte salve le iscrizioni ai registri istituzioni ai sensi dell'*articolo 32 della L.R. n. 17/2003*, che si intendono valide ed efficaci ai sensi del presente articolo, con i relativi progressivi numerici. La numerazione dei nuovi servizi e delle nuove strutture da iscrivere ai registri progredirà da questi ultimi.

---

(68) Lettera aggiunta dall'*art. 2, L.R. 9 marzo 2009, n. 1*.

(69) Comma così sostituito dall'*art. 50, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. Il testo originario era così formulato: «6. L'iscrizione nel registro determina la legittimità all'esercizio delle attività delle strutture e dei servizi autorizzati e comporta l'obbligo per i soggetti gestori di indicare nella denominazione sociale e in tutte le forme di pubblicità gli estremi d'iscrizione nei registri regionali.».

(70) Comma così sostituito dall'*art. 10, comma 1, lettera e), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29). Il testo originario era così formulato: «7. Con provvedimento del dirigente del Settore sistema integrato servizi sociali è disposta la pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione, con riferimento al 31 dicembre di ogni anno, delle strutture iscritte nei registri e negli albi regionali di cui alla presente legge.».

---

## **Art. 54**

### *Accreditamento.*

1. L'accreditamento risponde al fine di promuovere la qualità del sistema integrato d'interventi, garantire l'appropriatezza delle prestazioni e favorire la pluralità dell'offerta dei servizi assicurati mediante titoli d'acquisto <sup>(71)</sup>.

2. L'accreditamento è la procedura attraverso la quale l'ente pubblico, per particolari tipologie di strutture e servizi, richiede il possesso di requisiti ulteriori rispetto a quelli previsti per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento, secondo i criteri e le procedure che sono definite nel regolamento regionale di cui all'articolo 64 <sup>(72)</sup>.

3. Il regolamento regionale di cui all'articolo 64 determina i requisiti e le modalità per l'accreditamento delle strutture e dei soggetti erogatori dei servizi disciplinati dalla presente legge, le procedure per la costituzione dell'elenco nonché i criteri per la definizione delle tariffe da corrispondere ai soggetti accreditati da parte dei Comuni.

4. L'accreditamento ha validità su tutto il territorio regionale e attribuisce ai soggetti pubblici e privati l'idoneità a erogare prestazioni sociali e sociosanitarie a fronte di titoli di acquisto rilasciati dai Comuni agli aventi diritto <sup>(73)</sup>.

---

(71) Comma così sostituito dall'*art. 11, comma 1, lettera a), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così

rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29). Il testo originario era così formulato: «1. Gli enti pubblici possono instaurare rapporti con i soggetti erogatori dei servizi socio-assistenziali a condizione che le strutture risultino accreditate.».

(72) Comma così sostituito dall'*art. 11, comma 1, lettera b), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29). Il testo originario era così formulato: «2. L'accreditamento, in particolare, è condizione essenziale per i soggetti erogatori per:

a) instaurare rapporti economici al fine dell'erogazione delle prestazioni a carico degli enti pubblici;

b) partecipare all'istruttoria pubblica;

c) partecipare all'attuazione dei piani di zona.».

(73) Comma così sostituito dall'*art. 11, comma 1, lettera c), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29). Il testo originario era così formulato: «4. L'accreditamento ha validità su tutto il territorio regionale e riguarda i servizi gestiti da enti pubblici e da soggetti privati.».

---

## **Art. 55**

### *Affidamento dei servizi.*

1. Gli enti pubblici affidano i servizi previsti dalla presente legge con procedure di evidenza pubblica secondo modalità tali da permettere il confronto tra più soggetti e più offerte, valorizzando prioritariamente l'apporto progettuale e gli elementi di conoscenza del territorio in cui tali soggetti operano, nonché fissando un prezzo base che sia compatibile con l'applicazione dei contratti collettivi per determinare la remunerazione delle risorse umane impiegate.

2. Il regolamento regionale di cui all'articolo 64 fissa:

a) i requisiti generali per la partecipazione;

b) i criteri per la valutazione della qualità dell'offerta secondo il metodo della proposta economicamente più vantaggiosa sulla base della qualità e del prezzo, attribuendo al fattore prezzo un punteggio non superiore al 40 per cento del punteggio complessivo;

c) l'obbligo del rispetto dei trattamenti economici previsti dalla contrattazione collettiva di comparto e dagli accordi firmati dalle principali centrali cooperative giuridicamente riconosciute e dalle norme di previdenza e assistenza;

d) l'obbligo del rispetto delle disposizioni normative regionali, nazionali e comunitarie vigenti per l'affidamento dei servizi pubblici;

e) le forme e le modalità per la verifica periodica degli adempimenti contrattuali e per i provvedimenti da adottare in caso d'inadempimento, da parte dei gestori ovvero dei soggetti committenti.

---

## **Art. 56**

### *Coprogettazione di interventi innovativi e sperimentali.*

1. Gli enti locali, per affrontare specifiche problematiche sociali e per promuovere forme sperimentali di intervento sul proprio territorio, possono indire istruttorie pubbliche per la coprogettazione degli interventi, a cui partecipano i soggetti di cui al comma 3 dell'articolo 19, che, secondo quanto previsto al comma 4 dell'articolo 19 e nel rispetto della disciplina statale e comunitaria vigente, possono svolgere attività di gestione dei servizi e quelli che possono concorrere alla realizzazione degli interventi mediante il riconoscimento degli oneri sostenuti, tutti individuati per essere operanti sul territorio oggetto dell'intervento.

2. L'istruttoria pubblica raccoglie le proposte e i contributi progettuali dei soggetti partecipanti e si conclude con la definizione di progetti innovativi e sperimentali, per i quali gli enti locali definiscono forme e modalità di collaborazione di tutti i soggetti che hanno dichiarato la rispettiva disponibilità a collaborare.

3. Il regolamento regionale di cui all'articolo 64 definisce i criteri in base ai quali i Comuni valutano il ricorso all'istruttoria pubblica, le modalità di esperimento di tale istruttoria, i criteri di valutazione dei soggetti che partecipano alla progettazione e delle proposte progettuali.

---

## **Art. 57**

### *Formazione delle professioni sociali.*

1. La formazione degli operatori costituisce strumento per la promozione della qualità ed efficacia degli interventi e dei servizi del sistema integrato, per l'integrazione professionale e per lo sviluppo dell'innovazione organizzativa e gestionale.

2. La Regione, con apposito regolamento regionale, da adottare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa concertazione con le organizzazioni sindacali, gli ordini e le associazioni professionali, i rappresentanti dei soggetti privati e del privato sociale gestori dei servizi, riconosce le figure e le professioni sociali aggiuntive rispetto a quelle già definite a livello nazionale e nelle more dell'individuazione a livello nazionale dei nuovi profili professionali sociali, come previsti dall'[articolo 12 della L. n. 328/2000](#). La Regione individua, inoltre, per quanto di competenza, i criteri per l'accesso ai percorsi di formazione scolastica e professionale e/o universitaria, nonché i criteri per il riconoscimento delle competenze acquisite mediante precedenti esperienze professionali e/o formative.

3. La Regione e gli enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze e delle procedure previste dalla normativa regionale, valorizzano lo sviluppo delle

professionalità degli operatori sociali e ne sostengono la formazione continua, a ciò destinando risorse finalizzate a valere su fondi comunitari, nazionali e regionali.

---

### **Art. 57-bis**

*Standard formativi e profili professionali sociali <sup>(74)</sup>.*

1. È definito con apposito regolamento da emanarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il contenuto professionale dei servizi socio assistenziali, socio educativi e sociosanitari e i relativi standard formativi, in coerenza con le modalità e i criteri definiti nel repertorio regionale dei profili professionali.

---

(74) Articolo aggiunto dall'art. 59, comma 1, L.R. 15 febbraio 2016, n. 1, a decorrere dal 19 febbraio 2016.

---

## **TITOLO V**

### **Accesso e partecipazione degli utenti**

#### **Art. 58**

*Carta dei servizi.*

1. Al fine di garantire la trasparenza delle azioni dei gestori dei servizi e la tutela degli utenti, nonché la qualità dei servizi, i soggetti erogatori sono tenuti ad adottare la Carta dei servizi, ispirata ai principi fondamentali che regolano l'erogazione dei servizi pubblici a livello nazionale e comunitario.

2. I soggetti erogatori definiscono una propria Carta dei servizi che contenga almeno i seguenti elementi:

- a) tipologia delle prestazioni;
- b) tariffa per ciascuna prestazione;
- c) partecipazione/compartecipazione alla spesa da parte degli utenti;
- d) modalità d'informazione sui servizi;

e) modalità di rilevazione periodica della qualità erogata e percepita dei servizi, nonché di partecipazione degli utenti al controllo della qualità dei servizi e alla vita comunitaria;

f) modalità per i ricorsi da parte degli utenti nei confronti dei responsabili dei servizi;

g) informazione sul regolamento interno;

h) standard generali e specifici di qualità dei servizi.



3. L'adozione della Carta dei servizi è requisito indispensabile per l'accreditamento di cui all'articolo 54.

---

### **Art. 59**

#### *Modalità di accesso ai servizi.*

1. L'accesso ai servizi è organizzato in modo da garantire agli utenti pari opportunità di fruizione, orientamento e diritto di scelta. L'accesso ai servizi è garantito dai Comuni mediante i servizi di segretariato sociale, anche articolato in sportelli sociali sul territorio e il servizio sociale professionale, che concorrono alla realizzazione delle seguenti azioni:

a) organizzazione della porta unica di accesso, quale rete dei punti di accesso al sistema dei servizi, con uniformità di procedure di accesso ai servizi;

b) informazione continua e diffusa sull'offerta dei servizi, le condizioni di accesso e i relativi costi;

c) orientamento e accompagnamento all'accesso ai servizi;

d) trasparenza nella gestione dei tempi di attesa;

e) monitoraggio continuo delle domande sociali espresse e del grado di soddisfazione dell'utenza.

2. Per l'accesso ai servizi sociali e socio-sanitari, i Comuni e le AUSL, per quanto di propria competenza, effettuano in modo integrato una valutazione del bisogno complessivo della persona e, quando possibile, del suo nucleo familiare, al fine di definire risposte complessive, uniche e personalizzate. La valutazione del bisogno è condizione necessaria per accedere ai servizi a titolo gratuito o con concorso parziale alla spesa, nonché per fruire del titolo per l'acquisto di servizi.

3. La valutazione del bisogno si conclude con la predisposizione di un progetto personalizzato, concordato con la persona e la sua famiglia, che indichi la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento, la sua durata, le fasi di verifica del percorso di cura, i relativi costi, il soggetto responsabile della gestione del caso.

4. La Regione promuove la costituzione in ogni ambito territoriale o distretto socio-sanitario la costituzione di unità di valutazione multidimensionali, composte da professionalità diverse e in rappresentanza dei Comuni e della AUSL, al fine di consentire l'adeguata valutazione del bisogno preventivamente alla presa in carico delle persone. A tal fine la Giunta regionale predispone apposite linee-guida operative e promuove appositi programmi di assistenza formativa e tecnica per le strutture e gli operatori sociali e sanitari interessati dall'attivazione delle unità di valutazione multidimensionale.

---



**Art. 60***Tutela degli utenti.*

1. Gli organismi di rappresentanza dei cittadini e degli utenti e le organizzazioni sindacali partecipano al controllo della qualità dei servizi e della conformità degli stessi alla Carta dei servizi di cui all'articolo 58.
2. I soggetti erogatori degli interventi e dei servizi socio-assistenziali individuano gli strumenti per la partecipazione al controllo di cui al comma 1.
3. L'individuazione degli strumenti di cui al comma 2 è requisito preliminare ed essenziale per l'accreditamento di cui all'articolo 54.
4. [È istituito l'Ufficio regionale di tutela degli utenti, di cui l'apposito regolamento regionale, da approvare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, disciplina le funzioni, i compiti, le modalità di funzionamento, nonché le procedure amministrative e le modalità per la presentazione dei reclami da parte degli utenti e degli organismi di cui al comma 1] <sup>(75)</sup>.

---

(75) Comma abrogato dall'art. 10, comma 1, lettera f), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29).

---

**TITOLO VI****Norme finali****Art. 61***Vigilanza.*

1. Il Comune competente per territorio esercita l'attività di vigilanza sulle strutture e sui servizi socio-assistenziali disciplinati dalla presente legge avvalendosi, per gli aspetti di natura sanitaria, dei servizi dell'AUSL competente per territorio in conformità delle modalità stabilite dal regolamento regionale di cui all'articolo 64.

---

**Art. 62***Verifica e potere sostitutivo.*

1. Il regolamento di cui all'articolo 64 disciplina l'attività di verifica regionale per il controllo dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi sul territorio definendo termini e modalità di sospensione o revoca dell'autorizzazione all'esercizio dei servizi nei casi d'inosservanza degli indici oggettivi di qualità e dei requisiti strutturali e assistenziali, nonché di violazione delle leggi e dei regolamenti, del Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) di comparto e della regolarità contributiva e previdenziale.

2. Il regolamento, nell'ambito dell'attività di verifica regionale, stabilisce i criteri per l'individuazione degli organismi di controllo di cui la Regione può avvalersi.

3. Lo stesso regolamento disciplina le modalità di esercizio del potere sostitutivo della Regione nei casi d'inosservanza della presente legge da parte dei Comuni prevedendo, in ogni caso e salvo casi urgenti, il preavviso e la fissazione del termine, non inferiore a quindici giorni, entro cui le amministrazioni comunali devono provvedere.

---

### **Art. 63**

#### *Sanzioni.*

1. Chiunque apra, ampli, trasformi o gestisca una struttura socio-assistenziale o eroghi un servizio di cui all'articolo 46 senza aver ottenuto la preventiva autorizzazione al funzionamento, ovvero averne dato comunicazione, è punito con la sanzione amministrativa da euro 2 mila a euro 10 mila. L'apertura, l'ampliamento, la trasformazione o la gestione di una struttura socio-assistenziale o l'erogazione di un servizio di cui all'articolo 46, comma 1, senza l'acquisizione della prevista autorizzazione al funzionamento comportano inoltre la chiusura dell'attività disposta con provvedimento del Comune competente, che adotta le misure necessarie per tutelare gli utenti.

2. Il gestore di struttura che, in possesso di autorizzazione al funzionamento, supera la capacità ricettiva massima autorizzata, viene diffidato dal Comune a rientrare nei limiti entro un termine fissato; qualora detta infrazione viene rilevata una seconda volta, il soggetto gestore è punito con la sanzione amministrativa di euro 2 mila per ogni posto che supera la capacità ricettiva autorizzata. In caso di recidiva, il Comune può disporre la sospensione o la revoca dell'autorizzazione al funzionamento.

3. L'inosservanza dell'obbligo di indicare nella denominazione sociale e in tutte le forme di pubblicità gli estremi d'iscrizione nei registri regionali, prescritto dal comma 6 dell'articolo 53, comporta l'applicazione della sanzione amministrativa di euro 2 mila 500 e, in caso di recidiva, il Comune può disporre la sospensione o la revoca dell'autorizzazione al funzionamento.

4. Il Comune può inoltre disporre la revoca o la sospensione dell'autorizzazione al funzionamento, in relazione alla gravità della violazione, qualora accerti il venir meno dei presupposti che hanno dato luogo al suo rilascio. Il provvedimento di revoca o sospensione deve indicare gli adempimenti da porre in essere e la documentazione da produrre per riprendere l'attività.

5. La decisione del gestore di interrompere o sospendere l'attività autorizzata di cui all'articolo 46 deve essere preventivamente comunicata al Comune che ha rilasciato l'autorizzazione. In caso d'inosservanza si applica la sanzione amministrativa da euro mille ad euro 3 mila.

6. L'accertamento, la contestazione e la notifica della violazione, nonché l'introito dei proventi, sono di competenza del Comune.

7. L'introito dei proventi è esclusivamente destinato a rifinanziare le politiche sociali, con l'apertura di apposito capitolo.

**Art. 64**  
*Regolamento <sup>(76)</sup>.*

1. La Giunta regionale approva il regolamento regionale entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza Regione-Autonomie locali e previa concertazione con le organizzazioni sindacali e con le principali rappresentanze dei soggetti di cui all'articolo 4, comma 2, lettera c).
  2. Nelle more dell'approvazione del regolamento continuano ad applicarsi le disposizioni vigenti in quanto compatibili con la presente legge.
- 

*(76)* Vedi, al riguardo, il [Reg. 18 gennaio 2007, n. 4](#).

---

**Art. 65**  
*Commissione regionale per le politiche sociali.*

1. È istituita, presso l'Assessorato regionale ai servizi sociali, la Commissione regionale per le politiche sociali costituita da:
  - a) l'Assessore regionale ai servizi sociali - Presidente;
  - b) il Presidente della Commissione sanità e servizi sociali del Consiglio regionale, o un suo delegato;
  - c) un componente, esperto in materia, designato dal Dirigente scolastico regionale;
  - d) un componente per ogni provincia, esperto in materia, in rappresentanza dei Comuni, designati dall'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI) di Puglia;
  - e) un componente, esperto in materia, designato dall'Unione province italiane (UPI) di Puglia;
  - f) un componente, esperto in materia, designato dal Direttore del Centro di giustizia minorile per la Puglia;
  - g) un componente, esperto in materia, nominato dai Presidenti dei Tribunali per i minorenni della Puglia;
  - h) un componente, esperto in materia, nominato tra i rappresentanti delle organizzazioni di volontariato iscritte nel registro regionale;
  - i) un componente, esperto in materia, nominato dalle principali centrali cooperative a livello regionale, da individuarsi tra quanti operano nell'ambito di cooperative sociali iscritte nell'Albo regionale;
  - j) un rappresentante della Commissione regionale per le pari opportunità;

k) un componente, esperto nella materia delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza;

l) un componente, esperto in materia, nominato dall'Ordine degli assistenti sociali di Puglia;

m) un componente, esperto in materia, nominato dall'Ordine degli psicologi di Puglia;

n) un componente, esperto in materia, nominato dalla Società italiana dei sociologi;

o) un componente, esperto in materia, nominato dall'Associazione nazionale educatori professionali;

p) un componente, esperto in materia, nominato dalla Federazione italiana pedagogisti (FIPED);

q) un componente, esperto in materia, nominato dall'Associazione nazionale dei pedagogisti italiani (ANPE);

r) un componente, esperto in materia, nominato da ciascuna Confederazione sindacale nazionale più rappresentativa a livello nazionale;

s) un componente, esperto in materia, nominato da ciascuna organizzazione sindacale dei pensionati del lavoro più rappresentativa a livello nazionale;

t) un componente, esperto in materia, nominato tra i rappresentanti delle organizzazioni operanti a livello nazionale e regionale per i diversamente abili;

u) tre membri, esperti in materia, nominati dalla Giunta regionale;

v) il dirigente del Settore programmazione sociale e integrazione socio-sanitaria della Regione;

w) il dirigente del Settore sistema integrato servizi sociali della Regione;

x) il dirigente del Settore programmazione sanitaria della Regione;

y) il dirigente del Settore diritto allo studio della Regione;

z) il dirigente del Settore formazione professionale della Regione;

aa) il dirigente del Settore lavoro e cooperazione della Regione;

ab) il dirigente del Settore urbanistica della Regione;

ac) il dirigente del Settore politiche migratorie della Regione.

2. La Commissione è costituita con decreto del Presidente della Giunta regionale. La mancata designazione di uno o più componenti non è motivo ostativo al suo funzionamento e il mandato coincide con quello del Consiglio regionale.

3. Le funzioni di Segretario della Commissione sono svolte da un dipendente regionale designato dal Dirigente del Settore programmazione sociale.

4. La Commissione ha funzione consultiva e propositiva nell'area delle problematiche relative alle tematiche sociali ed educative a sostegno dell'azione

della Regione. Essa è convocata dal Presidente non meno di due volte l'anno, è validamente costituita con la presenza di almeno la maggioranza assoluta dei componenti e decide a maggioranza dei presenti.

5. La Commissione per il suo funzionamento approva un proprio regolamento e per lo svolgimento dell'attività può articolarsi in sottocommissioni. È costituita come sottocommissione obbligatoria e autonoma quella dedicata alla tematica minorile. È costituita, inoltre, la sottocommissione delle Autonomie locali per la verifica periodica del sistema integrato dei servizi sociali e per la valutazione delle politiche pubbliche regionali per l'inclusione sociale.

---

## **Art. 66**

### *Conferenza regionale delle politiche sociali.*

1. È istituita la Conferenza regionale delle politiche sociali, organizzata con cadenza almeno biennale, aperta alla partecipazione di tutti gli operatori pubblici e privati di cui all'articolo 1 e all'articolo 19, per discutere sullo stato di attuazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali e socio-sanitari sul territorio regionale e per elaborare, in modo allargato e partecipato, gli indirizzi per la programmazione sociale regionale.

2. Le risorse umane, finanziarie e strumentali per il supporto organizzativo all'attività della Commissione, nonché per la realizzazione della Conferenza regionale delle politiche sociali, sono definite con direttiva della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore ai servizi sociali.

---

## **Art. 67**

### *Fondi regionali per l'attuazione del sistema integrato socio-assistenziale <sup>(77)</sup>.*

1. Il Fondo globale per i servizi socio-assistenziali, istituito con [legge regionale 17 aprile 1990, n. 11](#) (Disposizioni sostitutive e integrative della [legge regionale 4 ottobre 1989, n. 14](#)), è ripartito tra i Comuni con le modalità e le priorità definite dal Piano regionale socio-assistenziale, quale concorso regionale alla realizzazione del sistema integrato socio-assistenziale, fatta salva la riserva di risorse di cui al comma 3 e la riserva delle somme dovute ai Comuni ai sensi dell'[articolo 11, comma 3, della L.R. n. 11/1990](#). Il Fondo globale per i servizi socio-assistenziali spettante ai Comuni viene ripartito sulla base dei parametri individuati nello stesso Piano regionale socio-assistenziale <sup>(78)</sup>.

2. Le quote del Fondo nazionale per le politiche sociali, di cui alla [L. n. 328/2000](#), attribuite alla Regione confluiscono in apposito capitolo di entrata e di spesa vincolata e sono utilizzate per la realizzazione degli obiettivi fissati dal Piano regionale socio-assistenziale.

3. Per sostenere gli oneri derivanti dall'attuazione della riforma prevista dalla [L. n. 328/2000](#), ivi comprese le attività di comunicazione sociale e di potenziamento e diffusione di buone pratiche, è posta a disposizione del Settore sistema integrato dei servizi sociali e del Settore programmazione sociale e integrazione socio-

sanitaria della Regione, una quota non superiore al 3 per cento delle risorse assegnate del Fondo nazionale per le politiche sociali e una quota non superiore al 5 per cento delle risorse del Fondo globale per i servizi socio-assistenziali, di cui al comma 1.

3-bis. Per sostenere gli oneri connessi al finanziamento per i comuni degli interventi in materia di eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati di cui agli articoli 10 e 11, come modificato, quest'ultimo, dall'[articolo 3 della legge 27 febbraio 1989, n. 62](#), della [legge 9 gennaio 1989, n. 13](#) (Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati), per l'annualità 2010 del bilancio di previsione è posta a disposizione del Servizio programmazione sociale e integrazione sociosanitaria della Regione una quota pari a euro 2 milioni a valere sul fondo globale per i servizi socio-assistenziali di cui al comma 1. La suddetta somma concorre alla spesa per l'erogazione di contributi da parte dei comuni per le domande riferite alle annualità 2005, 2006 e 2007, a integrazione di quanto già erogato per effetto della Delib.G.R. 13 maggio 2009, n. 812 ([L. 13/1989](#) - Stanziamento risorse FNPS per assegnazione ai comuni per le annualità 2005-2007) <sup>(79)</sup>.

4. I Comuni, singoli o associati, possono destinare agli oneri di cui al comma 3 una percentuale non superiore al 2 per cento delle risorse finanziarie assegnate dalla Regione ai sensi dei commi 1 e 2.

5. Per sostenere gli oneri derivanti dall'attuazione degli interventi di cui al comma 2 dell'articolo 22, dal comma 5 dell'articolo 14, dal comma 1, lettera i), dell'articolo 23 e dall'articolo 29 è riservata una quota pari al 10 per cento del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 69, comma 1. Il 5 per cento di tale riserva è dedicato al sostegno dell'associazionismo familiare e delle attività dell'Osservatorio regionale delle politiche per la famiglia.

---

(77) Vedi, anche, la [Delib.G.R. 31 ottobre 2007, n. 1817](#).

(78) Vedi, anche, la [Delib.G.R. 23 ottobre 2012, n. 2155](#).

(79) Comma aggiunto dall'[art. 25, L.R. 31 dicembre 2009, n. 34](#).

---

## **Art. 68**

*Disposizioni per il personale adibito ai servizi sociali d'integrazione scolastica dei portatori di handicap, di cui alla [L.R. n. 16/1987](#) <sup>(80)</sup>.*

1. Fatte salve le disposizioni di cui all'[articolo 6, comma 1, della legge regionale 12 luglio 2002, n. 13](#) (Individuazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socio-assistenziali), e quelle ministeriali sulle definizioni delle figure professionali sociali di cui all'[articolo 12 della L. n. 328/2000](#), i Comuni, singoli o associati, per le particolari prestazioni d'integrazione e sostegno sociali di cui all'articolo 14, comma 1, all'articolo 16, comma 3, lettera e), e all'[articolo 22, comma 2, lettera f\), della L. n. 328/2000](#), utilizzano, allo scopo di evitare duplicazioni di esborsi finanziari, gli operatori non sanitari che risultano in servizio al 30 maggio 2006 presso l'AUSL di riferimento ai sensi e per le finalità della [L.R. n. 16/1987](#), a condizione che gli stessi abbiano operato nel regime di convenzione indiretta con le AUSL, anche non continuativamente, per

almeno ventisette mesi dal 31 dicembre 1999 e sino alla data di entrata in vigore della presente legge ovvero che siano titolari di una convenzione al 31 ottobre 1998.

2. I Comuni facenti parte del medesimo distretto sanitario o socio-sanitario attuano il provvedimento di cui al comma 1 entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge associandosi obbligatoriamente fra di loro allo scopo della gestione ottimale del personale. L'iniziativa per la costituzione dell'associazione è assunta dal Sindaco del Comune sede del distretto sanitario o socio-sanitario. Il Presidente dell'associazione dei Comuni facenti parte del distretto, di cui al primo periodo del presente comma, ovvero, se non ancora nominato, il Sindaco del Comune sede del distretto sanitario o socio-sanitario delega all'AUSL, sentiti i Sindaci degli altri Comuni, lo svolgimento dei servizi sociali di cui al comma 1, assegnando, contestualmente alla delega, le risorse finanziarie necessarie, a norma dell'articolo 3, comma 3, del D.Lgs. n. n. 502/1992 e successive modificazioni.

3. Le AUSL, per le attività di diagnosi, cura e riabilitazione dell'handicap, continuano ad avvalersi, oltre che del personale dipendente, del personale sanitario in servizio ai sensi della [L.R. n. 16/1987](#), a condizione che lo stesso sia in possesso dei requisiti professionali previsti per l'accesso al rapporto di lavoro presso le aziende del SSN e che abbia operato, anche non continuativamente incluso nel regime di convenzione indiretta con le AUSL, per almeno ventisette mesi dal 31 ottobre 1998 e sino alla data di entrata in vigore della presente legge, ovvero che sia titolare di una convenzione al 31 ottobre 1998 e attualmente in servizio.

4. I rapporti di lavoro del personale di cui ai commi 1 e 3, con decorrenza dall'applicazione del presente articolo, sono regolati da contratti di lavoro subordinato, full time, a tempo determinato di durata annuale, rinnovabili, in rapporto ai finanziamenti a disposizione degli enti e aziende interessate, e sono regolati dai contratti collettivi di lavoro (CCNL), rispettivamente, degli enti locali e delle aziende del SSN.

---

(80) Vedi, anche, la [Delib.G.R. 23 settembre 2008, n. 1767](#).

---

## **Art. 69**

### *Norma finanziaria.*

1. Agli oneri derivanti dalla presente legge, per quanto afferente all'area "Servizi alla persona", si fa fronte con gli stanziamenti di risorse nazionali di cui al Fondo nazionale per le politiche sociali ex [legge n. 328 del 2000](#) e agli altri fondi vincolati per il finanziamento di interventi sociali, di risorse regionali come specificate al comma 3 del presente articolo, nonché di altre risorse comunitarie rivolte al conseguimento di priorità strategiche per l'inclusione sociale nell'ambito dei programmi di iniziativa comunitaria, nazionale e regionale.

2. A decorrere dall'anno 2013 le risorse vincolate del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui al comma 1 sono allocate sui seguenti capitoli del bilancio annuale:

1) capitolo 784025 "FNPS ([L. n. 328/2000](#)) - Trasferimenti ai Comuni e alle Province per il Piano regionale delle politiche sociali", unità previsionale di base 5.2.1 "Programmazione sociale e integrazione";

2) capitolo 784026 "FNPS ([L. n. 328/2000](#)) - Azioni di sistema di iniziativa regionale (articolo 67 comma 3)", unità previsionale di base 5.1.1 "Interventi regionali in materia di servizi socio assistenziali";

3) capitolo 785050 "FNPS ([L. n. 328/2000](#)) - Azioni sperimentali e innovative di iniziativa regionale (articolo 18, comma 2)", unità previsionale di base 5.2.1 "Programmazione sociale e integrazione";

4) capitolo 785040 "FNPS ([L. n. 328/2000](#)) - Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali - [artt. 13 e 14 della L.R. n. 19/2006](#)", unità previsionale di base 5.2.1 "Programmazione sociale e integrazione";

5) capitolo 784040 "Spese per interventi in favore di famiglie e prima infanzia - [art. 67 comma 5 della L.R. n. 19/2006](#)", unità previsionale di base 5.1.1 "Interventi regionali in materia di servizi socio-assistenziali" <sup>(81)</sup>.

3. A decorrere dall'anno 2013 le risorse autonome previste dalla legge di bilancio annuale sono allocate sui seguenti capitoli:

1) [capitolo 784010 "Fondo globale per i servizi socio-assistenziali", unità previsionale di base 5.2.1 "Programmazione sociale e integrazione", al quale confluiscono annualmente le risorse, nella misura non superiore al 10 per cento del fondo medesimo e comunque non superiore allo stanziamento previsto nel bilancio 2006, per il concorso al finanziamento delle spese di funzionamento sostenute dai Comuni per il funzionamento delle Case di riposo ex ONPI di Bari e San Vito dei Normanni ([Legge n. 649/1968](#), [legge n. 764/1975](#) e [L.R. n. 37/1994](#)), e della Casa di riposo dei profughi di Bari ([L.R. n. 28/1979](#)), da ripartire tra i Comuni proporzionalmente al numero di ospiti presenti nella struttura alla data del 31 dicembre dell'anno precedente a quello di erogazione dei contributi"] <sup>(82)</sup>;

2) capitolo 785000 "Azioni mirate per la non autosufficienza e le nuove povertà", unità previsionale di base 5.2.1 "Programmazione sociale e integrazione";

3) capitolo 785010 "Fondo per la prima dote per i nuovi nati fino al trentaseiesimo mese di vita", unità previsionale di base 5.1.1 "Interventi regionali in materia di servizi socio-assistenziali";

4) capitolo 785020 "Interventi per la connettività sociale e l'integrazione scolastica ed extrascolastica dei disabili", unità previsionale di base 5.2.1 "Programmazione sociale e integrazione";

5) capitolo 784011 "Sostegno a favore dei soggetti affetti da dislessia (art. 21 legge bilancio 2010)", unità previsionale di base 5.2.1 "Programmazione sociale e integrazione" <sup>(83)</sup>.

3-bis. Sono soppressi i trasferimenti alle Aziende sanitarie locali (ASL) di cui alla [legge regionale 21 novembre 1996, n. 25](#) (Rimborso per le spese sostenute per interventi di trapianto) e s.m.i., per il rimborso delle spese di trasporto o di viaggio e di soggiorno per interventi di trapianto sostenute a partire dall'anno 2013, già erogati a valere sul capitolo 781076 - UPB 5.1.2. Per il suddetto



rimborso i Comuni di residenza hanno la facoltà di intervenire con contributi economici nei limiti della propria disponibilità finanziaria <sup>(84)</sup>.

---

(81) Comma così sostituito dall'*art. 12, comma 1, lettera a), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29). Il testo originario era così formulato: «2. A decorrere dall'anno 2006 le risorse vincolate del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui al comma 1 sono allocate sui seguenti capitoli del bilancio annuale:

a) capitolo 784025 "Fondo nazionale politiche sociali. *L. n. 328/2000* - Trasferimenti ai Comuni e alle Province per il Piano regionale delle politiche sociali", unità previsionale di base 7.1 "Sistema integrato servizi sociali";

b) capitolo 784026 (C.N.I.) "Fondo nazionale politiche sociali. *L. n. 328/2000* - Azioni di sistema di iniziativa regionale (articolo 67 comma 3)", unità previsionale di base 7.3 "Programmazione sociale e integrazione";

c) capitolo 784027 (C.N.I.) "Fondo nazionale politiche sociali. *L. n. 328/2000* - Azioni sperimentali e innovative di iniziativa regionale (articolo 18, comma 2)", unità previsionale di base 7.3 "Programmazione sociale e integrazione";

d) capitolo 785010 che è rinominato "Fondo per la prima dote per i nuovi nati fino al trentaseiesimo mese di vita e servizi per la prima infanzia", unità previsionale di base 7.3 "Programmazione sociale e integrazione", al quale confluiscono le risorse della riserva del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui al comma 5 dell'articolo 69.».

(82) Punto abrogato dall'*art. 23, comma 5, L.R. 30 dicembre 2013, n. 45*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(83) Comma così sostituito dall'*art. 12, comma 1, lettera b), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29). Il testo originario era così formulato: «3. A decorrere dall'anno 2006 le risorse autonome previste dalla legge di bilancio annuale sono allocate sui seguenti capitoli:

a) capitolo 784010 "Fondo globale per i servizi socio-assistenziali", unità previsionale di base 7.1 "Sistema integrato servizi sociali", al quale confluiscono annualmente le risorse, nella misura non inferiore agli stanziamenti previsti nel bilancio 2003, di cui ai capitoli 781035 "Spese e/o trasferimenti ai Comuni per il funzionamento Case di riposo ex ONPI di Bari e San Vito dei Normanni, Centro educativo ex G.I. di Gallipoli. *Legge n. 649/1968, legge n. 764/1975 e L.R. n. 37/1994*", 781075 "Trasferimenti alle AUSL per il rimborso delle spese sostenute per interventi di trapianto. *L.R. n. 25/1996* e successive modificazioni e integrazioni", 782010 "Spese per la gestione della Casa di riposo dei profughi di Bari. *L.R. n. 28/1979*";

b) capitolo 785000 "Azioni mirate per la non autosufficienza e le nuove povertà", unità previsionale di base 7.3 "Programmazione sociale e integrazione";

c) capitolo 785010 "Fondo per la prima dote per i nuovi nati fino al trentaseiesimo mese di vita", unità previsionale di base 7.3 "Programmazione sociale e

integrazione";

d) capitolo 785020 "Interventi per la connettività sociale e l'integrazione scolastica ed extrascolastica dei disabili", unità previsionale di base 7.3 "Programmazione sociale e integrazione".».

(84) Comma aggiunto dall'art. 12, comma 1, lettera c), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29).

---

## Art. 70

### *Abrogazioni e disposizioni transitorie.*

1. Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3, 4, 6 e 7 - escluso il comma 7 - della [L.R. n. 13/2002](#) e l'[articolo 15 della L.R. n. 17/1999](#).

2. Sono abrogati gli [articoli 2, 3, 10, 11, 12 della legge regionale 15 dicembre 2000, n. 26](#) (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi in materia di immigrazione extracomunitaria).

3. Sono abrogati la [L.R. n. 17/2003](#) e gli [articoli 3 e seguenti della legge regionale 2 aprile 2004, n. 5](#) (Legge-quadro per la famiglia).

4. È abrogato l'[articolo 4 della legge regionale 11 febbraio 1999, n. 10](#) (Sviluppo degli interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza).

5. Con l'entrata in vigore del regolamento regionale previsto dalla presente legge sono abrogati:

a) la [L.R. n. 49/1981](#);

b) il [Reg. n. 1/1983](#);

c) la [legge regionale 7 settembre 1987, n. 26](#) (Assegnazioni finanziarie alle USL per interventi socio-assistenziali collegati all'assistenza psichiatrica);

d) il [Reg. n. 1/1993](#);

e) la [legge regionale 21 aprile 1995, n. 25](#) (Modifica della [legge regionale 14 giugno 1994, n. 18](#) concernente norme per l'istituzione degli ambiti territoriali delle USL);

f) il comma 2 dell'[articolo 11 della L.R. n. 11/1990](#);

g) la [legge regionale 3 marzo 1973, n. 6](#) (Programmazione e finanziamento del piano di costruzione degli asili-nido).

6. Sino alla data di entrata in vigore del regolamento regionale continuano ad applicarsi le disposizioni vigenti in quanto compatibili con la presente legge.

7. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale propone l'adeguamento della normativa vigente per specifica materia alla presente legge, nonché un aggiornamento del vigente Piano regionale delle politiche sociali.

8. Nelle more dell'adeguamento della normativa, ai sensi del comma 4, nei casi non disciplinati dalla presente legge, il Piano regionale definisce le modalità di esercizio delle funzioni individuando l'ente subentrante.

La presente legge è dichiarata urgente e sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione ai sensi e per gli effetti dell'[art. 53, comma 1, della L.R. 12 maggio 2004, n. 7](#) "Statuto della Regione Puglia" ed entrerà in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione.

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

---

---

Copyright 2015 Wolters Kluwer Italia Srl. All rights reserved.

Puglia

L.R. 12-12-2017 n. 53

Riorganizzazione delle strutture socio-sanitarie pugliesi per l'assistenza residenziale alle persone non autosufficienti. Istituzione RSA ad alta, media e bassa intensità assistenziale.

Pubblicata nel B.U. Puglia 12 dicembre 2017, n. 139.

## **L.R. 12 dicembre 2017, n. 53 <sup>(1)</sup>.**

### **Riorganizzazione delle strutture socio-sanitarie pugliesi per l'assistenza residenziale alle persone non autosufficienti. Istituzione RSA ad alta, media e bassa intensità assistenziale.**

---

(1) Pubblicata nel B.U. Puglia 12 dicembre 2017, n. 139.

---

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

Promulga

La seguente legge

---

#### **Art. 1** *Principi.*

1. Al fine di semplificare e rendere agevole l'accesso di persone non autosufficienti in strutture residenziali extra-ospedaliere e poter fruire di prestazioni socio-sanitarie, assistenziali, socio-riabilitative e tutelari, è istituita, ai sensi della presente legge, un'unica tipologia di struttura non ospedaliera, denominata Residenza sanitaria assistenziale (RSA), per soggetti non autosufficienti, per i quali siano venute meno le potenzialità di recupero delle funzioni residue e di aggravamento del danno.

---

#### **Art. 2** *Classificazione.*

1. La RSA è articolata secondo capacità e intensità assistenziale, nel modo seguente:

- a) RSA estensiva;
- b) RSA di mantenimento <sup>(2)</sup>.

2. I moduli o nuclei che compongono la RSA possono avere diversa intensità assistenziale, nel rispetto dei diversi standard di personale e di prestazioni da rendere all'utente.

3. Nell'ambito della RSA possono coesistere nuclei dedicati per anziani non autosufficienti e nuclei dedicati a soggetti affetti da demenza.

---

(2) Comma dapprima modificato dall' [art. 1, comma 1, L.R. 30 aprile 2018, n. 18](#) e poi così sostituito dall' [art. 1, comma 1, lettera a\), L.R. 3 dicembre 2018, n. 53](#), a decorrere dal 6 dicembre 2018.

---

### **Art. 3** *Tipologia di utenza.*

1. La RSA estensiva, salvo quanto già previsto da altre specifiche norme <sup>(8)</sup>:

a) eroga trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle ventiquattro ore. I trattamenti, erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di ri-orientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli [articoli 11 e 17 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017](#), (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'[articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#)), educazione terapeutica al paziente e al caregiver. La durata del trattamento estensivo, di norma non superiore a sessanta giorni, è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalla Giunta regionale. I trattamenti estensivi, di cui al presente comma, sono a carico integrale del servizio sanitario regionale; <sup>(4)</sup>

b) è finalizzata a fornire all'utente 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 soggetti non autosufficienti, 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](#) (Istituzione del servizio sanitario nazionale).

2. Nelle RSA estensiva sono ospitate <sup>(9)</sup>:

a) persone non più in età evolutiva o ultra sessantaquattrenni 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 abbisognano di trattamenti terapeutici protratti nel tempo e per i quali non possano prevedersi ulteriori percorsi anche individualizzati di cura al fine del trattamento delle relative

patologie, o al recupero funzionale, o al mantenimento delle capacità acquisite, e non eleggibili in regime di ricovero ospedaliero o presso centri di riabilitazione ex *articolo 26, L. 833/1978*, o qualsivoglia altra struttura specializzata nel trattamento anche di una fra le più patologie da cui affetto <sup>(3)</sup>;

b) persone anziane che presentano patologie cronico-degenerative che non necessitano di assistenza ospedaliera, ivi compresi soggetti affetti da patologie psico-geriatriche (demenza senile).

3. La RSA di mantenimento eroga, prevalentemente <sup>(10)</sup>:

a) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di ri-orientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli *articoli 11 e 17 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017*, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione. I trattamenti di lungoassistenza, di cui al presente comma, sono a carico del servizio sanitario regionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera.

[4. La RSA a bassa intensità assistenziale eroga, prevalentemente, servizi socioassistenziali a persone anziane, con età superiore ai sessantaquattro anni, con lievi deficit psicofisici, che richiedono prevalentemente interventi di tipo assistenziale a causa di patologie non in fase acuta, che per la situazione ambientale e familiare non possono essere assistite a domicilio. Si tratta, comunque, di anziani con lievi non autosufficienze anche causate da deficit cognitivi lievi o moderati o moderati disturbi del comportamento o dell'umore. <sup>(5)</sup> ]

5. La Giunta regionale, tramite apposito regolamento, fermi restando i posti letto già contrattualizzati con il Servizio sanitario regionale (SSR), stabilisce il fabbisogno regionale anche per i posti letto dell'RSA da contrattualizzare di cui ai commi 1, 2, e 3, e definisce, tramite le procedure di concertazione indicate all'articolo 6, il modello organizzativo previsto all'articolo 2 <sup>(6)</sup>.

6. Per le prestazioni di cui ai precedenti commi 1, 2, 3 e 5, si applicano, fino a nuove determinazioni della Giunta regionale, le tariffe e le quote di compartecipazione del SSR vigenti alla data di entrata in vigore della presente legge <sup>(7)</sup>.

7. I direttori delle aziende sanitarie locali (ASL) definiscono i contenziosi pendenti sulle quote di compartecipazione del SSR, previa acquisizione del parere legale sulla convenienza della transazione e a condizione che risulti accantonata nel fondo rischi del bilancio la relativa copertura finanziaria.

---

(3) Lettera così sostituita dall' *art. 2, comma 1, lettera a), L.R. 30 aprile 2018, n. 18*, a decorrere dal 3 maggio 2018.

(4) Comma così sostituito dall' *art. 2, comma 1, lettera b), L.R. 30 aprile 2018, n. 18*, a decorrere dal 3 maggio 2018.

(5) Comma abrogato dall' *art. 2, comma 1, lettera c), L.R. 30 aprile 2018, n. 18*, a decorrere dal 3 maggio 2018.

(6) Comma così modificato dall' [art. 2, comma 1, lettera d\), L.R. 30 aprile 2018, n. 18](#), a decorrere dal 3 maggio 2018.

(7) Comma così modificato dall' [art. 2, comma 1, lettera e\), L.R. 30 aprile 2018, n. 18](#), a decorrere dal 3 maggio 2018.

(8) Alinea così modificato dall' [art. 2, comma 1, lettera a\), L.R. 3 dicembre 2018, n. 53](#), a decorrere dal 6 dicembre 2018.

(9) Alinea così modificato dall' [art. 2, comma 1, lettera b\), L.R. 3 dicembre 2018, n. 53](#), a decorrere dal 6 dicembre 2018.

(10) Alinea così modificato dall' [art. 2, comma 1, lettera c\), L.R. 3 dicembre 2018, n. 53](#), a decorrere dal 6 dicembre 2018.

---

#### **Art. 4** *Gestione diretta* <sup>(11)</sup>.

[1. Per i nuovi posti letto da attivare nelle RSA ai sensi dell'[articolo 4 della legge regionale 15 febbraio 2016, n. 1](#) (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2016 e bilancio pluriennale 2016-2018 della Regione Puglia) o di ulteriori incrementi successivi di posti letto, si procederà tramite la sperimentazione, per un periodo massimo di tre anni, della gestione diretta della quota dell'assistito, al fine di garantire al massimo il principio della libera scelta.

2. Per gestione diretta s'intende l'utilizzo di un tagliando (voucher) rilasciato dalle unità valutative distrettuali delle ASL (UVM) competenti, previa presa in carico del paziente e sua valutazione multidimensionale.

3. Tale tagliando (voucher) potrà essere utilizzato, esclusivamente, per i ricoveri in RSA accreditate, quale compartecipazione della spesa sanitaria a carico del SSR, secondo le tariffe e le quote di compartecipazione disciplinate dalla presente legge.

4. Per le procedure di realizzazione, autorizzazione e accreditamento di nuove RSA si rinvia alla disciplina prevista dalla [legge regionale 2 maggio 2017, n. 9](#) (Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private). ]

---

(11) Articolo dapprima sostituito dall' [art. 3, comma 1, L.R. 30 aprile 2018, n. 18](#) e poi abrogato dall' [art. 3, comma 1, L.R. 3 dicembre 2018, n. 53](#), a decorrere dal 6 dicembre 2018.

---

#### **Art. 5** *Cure domiciliari per soggetti non autosufficienti.*

1. Il domicilio resta il luogo privilegiato di cura. Qualora la ASL non riesca a soddisfare, per il tramite del personale proprio o in convenzione, il fabbisogno di cure domiciliari in favore di soggetti non autosufficienti, può stipulare accordi contrattuali anche con le RSA attraverso procedure di evidenza pubbliche, che devono essere autorizzate e accreditate per l'erogazione di prestazioni di cure



domiciliari, nel rispetto del fabbisogno stabilito da regolamento regionale. Il regolamento regionale disciplina le modalità di autorizzazione delle cure domiciliari e le procedure di erogazione.

---

## **Art. 6** *Tariffe.*

1. La tariffa da corrispondere ai soggetti gestori di RSA è stabilita con provvedimento amministrativo della Giunta regionale e anch'essa articolata in due diverse fasce, corrispondenti alla RSA estensiva e di mantenimento. Per particolari patologie (es. morbo d'Alzheimer) è prevista una specifica tariffa, anche di tipo articolato, così da avere in debito conto le diverse fasi della malattia <sup>(12)</sup>.

2. Al fine di evitare la dimissione di un utente le cui condizioni di salute siano mutate rispetto al momento dell'ingresso in struttura è consentita la sua permanenza nella stessa, a condizione che la struttura adegui le proprie prestazioni al livello assistenziale richiesto dalla nuova fascia d'intensità assistenziale che interessa detto paziente e ne riceva la nuova tariffa corrispondente.

---

(12) Comma così modificato dall' *art. 4, comma 1, lettere a) e b), L.R. 30 aprile 2018, n. 18* e dall' *art. 4, comma 1, lettera a), L.R. 3 dicembre 2018, n. 53*, a decorrere dal 6 dicembre 2018.

---

## **Art. 7** *Regolamento regionale.*

1. Entro e non oltre novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale adotta specifico regolamento, che prevede:

a) il riconoscimento degli standard strutturali, organizzativi e funzionali, nonché requisiti di esercizio, dotazioni organiche necessarie, e ogni altra indicazione opportuna al corretto esercizio delle strutture di cui alla presente legge e alla formazione continua del personale addetto, in coordinamento con la normativa vigente, previsti dalle precedenti normative in materia di RSA, Residenza socio sanitaria assistenziale (RSSA) e la rispondenza tra gli stessi e, rispettivamente: RSA estensiva e di mantenimento <sup>(13)</sup>;

b) la presa d'atto della presente legge nonché le modalità per ogni soggetto interessato dalle precedenti disposizioni nel più breve tempo possibile, utili a ridenominare e/o riclassificare ogni struttura, ferma l'efficacia di ogni precedente atto o provvedimento, comunque collegato e/o connesso ad autorizzazioni al funzionamento o di presentazione di richiesta di titolo abilitativo alla realizzazione;

c) la rideterminazione di tariffe differenziate per le RSA estensiva e di mantenimento, nonché di differenti tariffe per patologia <sup>(14)</sup>;

d) la possibilità che l'utente, al mutare delle proprie condizioni di salute, non sia obbligato alla dimissione per il trasferimento in altra RSA più rispondente ma possa permanere nella struttura ospitante a condizione che la stessa adegui le sue prestazioni alla diversa fascia d'intensità assistenziale e ne riceva la diversa tariffa;



- e) la rideterminazione del fabbisogno regionale di posti letto di RSA, per le tipologie previste dall'articolo 3, da rivedere ogni quinquennio;
  - f) le modalità attuative di quanto previsto dall'articolo 4;
  - g) la preclusione, in detto quinquennio, di stipulare accordi contrattuali tra ASL e RSA al di fuori del fabbisogno regionale stabilito.
- 

(13) Lettera così modificata dall' *art. 5, comma 1, lettera a), L.R. 30 aprile 2018, n. 18* e dall' *art. 5, comma 1, lettera a), L.R. 3 dicembre 2018, n. 53*, a decorrere dal 6 dicembre 2018.

(14) Lettera così modificata dall' *art. 5, comma 1, lettera b), L.R. 30 aprile 2018, n. 18* e dall' *art. 5, comma 1, lettera b), L.R. 3 dicembre 2018, n. 53*, a decorrere dal 6 dicembre 2018.

---

#### **Art. 7-bis** *Norma transitoria finale* <sup>(15)</sup>.

1. Le RSAA di cui all'*articolo 67 del Reg. reg. 18 gennaio 2007, n. 4 (Legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 - Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia)*, autorizzate all'assistenza di persone anziane in età superiore ai sessantaquattro anni, con deficit psicofisici, entro novanta giorni dall'emanazione del regolamento attuativo possono richiedere di essere qualificate quali strutture a media intensità assistenziale. In caso contrario continuano a esercitare l'attività mantenendo l'autorizzazione amministrativa in atto.

---

(15) Articolo inserito dall' *art. 6, comma 1, L.R. 30 aprile 2018, n. 18*, a decorrere dal 3 maggio 2018.

---

#### **Art. 8** *Consultazione.*

1. Il dialogo, il confronto, la consultazione e ogni altra manifestazione di interesse, in quanto produttiva di collaborazione, tra Regione Puglia e associazioni di categoria, le strutture anche singolarmente intese, nonché le associazioni che rappresentano interessi collettivi, diffusi, o sociali anche di singola materia, sono previsti e tutelati dalla presente legge, e quindi aperti a tutti coloro che dimostrino attraverso idonea documentazione, di tutelare gli interessi di un numero di persone almeno pari a sessanta. A tal fine, è istituito un apposito elenco, collegato alla presente legge, al quale chiunque vi abbia interesse e disponga dei necessari requisiti può richiedere di essere, e può presentare osservazioni, o suggerimenti. Ai fini della tutela del lavoro, in ogni sua forma, la Regione Puglia, nel rispetto della Costituzione e delle norme in materia, convoca ogni triennio, di propria iniziativa quanto su richiesta di almeno due distinte rappresentanze sindacali regionali dei lavoratori, o in alternativa almeno tre rappresentanze sindacali aziendali facendo riferimento anche a diverse strutture in territorio regionale, un tavolo di studio finalizzato all'aggiornamento della contrattazione collettiva di categoria. Al tavolo saranno convocate altresì le associazioni maggiormente rappresentative degli interessi delle strutture, o, in mancanza, rappresentanti delle

stesse, le quali avranno altresì possibilità di nominare per la rappresentanza collettiva delle proprie esigenze anche uno o più delegati. Ai lavori saranno invitati a rendere pareri e osservazioni anche le associazioni rappresentative degli interessi dell'utenza, come individuate nel presente articolo.

2. È inoltre dovuta, per il perseguimento degli obiettivi della presente legge, la concertazione tra Regione Puglia e confederazioni delle organizzazioni sindacali.

---

---

### **Art. 9** *Norma finanziaria.*

1. Dalla presente legge non scaturiscono oneri finanziari a carico del bilancio regionale.

La presente legge è dichiarata urgente e sarà pubblicata sul bollettino ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'[articolo 53, comma 1, della legge regionale 12 maggio 2004, n. 7](#) "Statuto della Regione Puglia" ed entrerà in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione.

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

---

---

Puglia

L.R. 22-12-2017 n. 65

Modifiche alla legge regionale 2 maggio 2017, n. 9 (Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private).

Pubblicata nel B.U. Puglia 27 dicembre 2017, n. 146, supplemento.

## **L.R. 22 dicembre 2017, n. 65 <sup>(1)</sup>.**

**Modifiche alla [legge regionale 2 maggio 2017, n. 9](#) (Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private).**

---

(1) Pubblicata nel B.U. Puglia 27 dicembre 2017, n. 146, supplemento.

---

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

Promulga

LA SEGUENTE LEGGE

---

**Art. 1** *Modifica all'articolo 2 della [legge regionale 2 maggio 2017, n. 9](#).*

1. All'[articolo 2 della legge regionale 2 maggio 2017, n. 9](#) (Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private) è apportata la seguente modifica:

a) al comma 1, lettera h), è soppresso l'ultimo periodo.

---

**Art. 2** *Modifiche all'articolo 3 della [L.R. 9/2017](#).*

1. All'[articolo 3 della L.R. 9/2017](#) sono apportate le seguenti modifiche:

- a) la lettera b) del comma 3, è soppressa;
  - b) alla lettera c) del comma 3, dopo le parole: "e i provvedimenti di accreditamento." è inserito il seguente periodo: "In presenza di motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza è data comunicazione ai sensi dell'[articolo 10-bis della legge 241/1990](#) (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi).".
- 

---

### **Art. 3** Modifiche all'articolo 4 della [L.R. 9/2017](#).

1. All'[articolo 4 della L.R. 9/2017](#) sono apportate le seguenti modifiche:

- a) alla lettera a) del comma 1, dopo le parole: "di cui all'articolo 8, comma 4" è inserito il seguente periodo: "in presenza di motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza è data comunicazione ai sensi dell'[articolo 10-bis della L. 241/1990](#)";
  - b) la lettera c) del comma 1, è soppressa.
- 

---

### **Art. 4** Modifica all'articolo 5 della [L.R. 9/2017](#).

1. L'[articolo 5 della L.R. n. 9/2017](#) è sostituito dal seguente:

"Art. 5

Autorizzazioni

1. Sono soggetti all'autorizzazione alla realizzazione:

- 1.1. strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti;
- 1.2. strutture che erogano prestazioni di assistenza territoriale in regime residenziale e semiresidenziale:
  - 1.2.1. ospedali di comunità;
  - 1.2.2. strutture di riabilitazione - centro risvegli per soggetti in stato vegetativo e stato di minima coscienza;
  - 1.2.3. centri residenziali per cure palliative e terapia del dolore (hospice);
  - 1.2.4. strutture sanitarie e socio-sanitarie per anziani non autosufficienti e per soggetti affetti da demenza;
  - 1.2.5. strutture sanitarie e socio-sanitarie per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali;
  - 1.2.6. strutture sanitarie e socio-sanitarie per soggetti con problemi psichiatrici;
  - 1.2.7. strutture sanitarie e socio-sanitarie per la cura, la riabilitazione e l'assistenza a persone con problemi di dipendenza patologica;
  - 1.2.8. strutture socio-sanitarie per l'assistenza a persone affette da AIDS conclamata e con patologie correlate invalidanti;
- 1.3. stabilimenti termali;
- 1.4. centri di procreazione medicalmente assistita (PMA);
- 1.5. consultori familiari;
- 1.6. strutture che erogano le seguenti prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale:
  - 1.6.1. strutture per prestazioni di specialistica ambulatoriale chirurgica individuate con apposito provvedimento di Giunta regionale;
  - 1.6.2. strutture di specialistica ambulatoriale odontoiatrica individuate con

- apposito provvedimento della Giunta regionale;
- 1.6.3. strutture per la diagnostica per immagini con utilizzo delle grandi macchine;
  - 1.6.4. strutture per radioterapia;
  - 1.6.5. strutture per medicina nucleare in vivo;
  - 1.6.6. centri per dialisi;
  - 1.6.7. centri per terapia iperbarica;
  - 1.7. le strutture che erogano le seguenti prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale:
    - 1.7.1. attività specialistica ambulatoriale medica;
    - 1.7.2. attività di medicina di laboratorio;
    - 1.7.3. attività di diagnostica per immagini senza utilizzo di grandi macchine;
    - 1.7.4. attività ambulatoriale di fisiokinesiterapia;
    - 1.7.5. le strutture che erogano le prestazioni di assistenza territoriale in regime ambulatoriale.
  2. Le strutture di cui al comma 1 sono soggette ad autorizzazione alla realizzazione anche nelle seguenti ipotesi:
    - 2.1. gli ampliamenti di strutture già esistenti e autorizzate, in essi compresi:
      - 2.1.1. l'aumento del numero dei posti letto, posti letto - tecnici e grandi apparecchiature rispetto a quelli già autorizzati;
      - 2.1.2. l'attivazione di funzioni sanitarie e/o socio-sanitarie aggiuntive rispetto a quelle già autorizzate;
    - 2.2. la trasformazione di strutture già esistenti e specificamente:
      - 2.2.1. la modifica della tipologia (disciplina) di posti letto rispetto a quelli già autorizzati;
      - 2.2.2. la modifica di altre funzioni sanitarie e/o socio-sanitarie già autorizzate;
      - 2.2.3. il cambio d'uso degli edifici, finalizzato a ospitare nuove funzioni sanitarie o sociosanitarie, con o senza lavori;
      - 2.2.4. l'adattamento delle strutture già esistenti e la loro diversa utilizzazione;
    - 2.3. il trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate.
  3. Sono soggette all'autorizzazione all'esercizio:
    - 3.1. le strutture per le quali è richiesta l'autorizzazione alla realizzazione di cui al comma 1;
    - 3.2. studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, tutte individuate con apposito provvedimento di Giunta regionale, sentiti gli ordini professionali, anche secondo le disposizioni di cui all'Intesa Stato-regioni del 9 giugno 2016 in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie in ambito odontostomatologico.
  4. Con apposito regolamento regionale vengono definiti i requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie.
  5. Nelle more dell'applicazione del regolamento regionale di cui al comma 4, per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio degli studi odontoiatrici si farà riferimento ai requisiti minimi previsti dall'Intesa Stato-regioni del 9 giugno 2016.
  6. Non sono soggetti ad autorizzazione gli studi medici, odontoiatrici e gli studi per l'esercizio delle professioni sanitarie, individuate dai regolamenti ministeriali, in attuazione dell'[articolo 6 del D.Lgs. 502/1992](#). Tali studi, nei quali i professionisti esercitano l'attività in forma singola, autonoma e indipendente pur utilizzando stessa unità immobiliare con altri, oppure in forma associata, devono avere spazi e attrezzature proporzionati alla capacità di erogazione e al personale ivi operante e, in ogni caso, devono avere caratteristiche tali da non configurare l'esercizio delle attività previste per gli stessi studi dal comma 3, punto 3.2. del presente articolo. Resta salvo l'obbligo di comunicare l'apertura del proprio studio all'ASL competente per territorio, corredando la comunicazione di planimetria degli

ambienti ove si svolge l'attività, di elenco delle attrezzature utilizzate e di apposita dichiarazione sostitutiva del titolo di studio posseduto che, per quanto riguarda gli esercenti le professioni sanitarie, deve essere comunque acquisito in corsi/scuole riconosciuti dal Ministero della salute. Il servizio igiene pubblica del dipartimento di prevenzione dell'ASL territorialmente competente, entro novanta giorni dalla comunicazione, rilascia nulla osta allo svolgimento dell'attività professionale. L'ASL effettua la vigilanza nei confronti degli studi ove si esercitano le professioni sanitarie, per assicurare il rispetto della normativa in materia di igiene e sanità pubblica.

7. Nelle more dell'approvazione del provvedimento di Giunta regionale previsto al comma 3, punto 3.2., i titolari degli studi odontoiatrici, medici e delle altre professioni sanitarie, mediante apposita dichiarazione scritta, sulla base di una valutazione personale e discrezionale, certificano l'effettuazione o la non effettuazione di prestazioni di chirurgia, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente. A seguito dell'emanazione dell'apposito provvedimento di Giunta regionale, ed entro i termini stabiliti dallo stesso, gli studi operanti in possesso solo del nulla osta della ASL di appartenenza, ove ricadenti tra quelli attrezzati per erogare le suddette procedure complesse, dovranno presentare domanda di autorizzazione all'esercizio ai relativi requisiti.

8. Gli studi medici, odontoiatrici e delle altre professioni sanitarie sono tenuti al pagamento della tassa governativa di cui all'[articolo 1, lettera e\), del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4](#) (Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ospedaliera e dei relativi personale ed uffici), recepito con [legge regionale 4 dicembre 2001, n. 31](#) (Disposizioni di carattere tributario).

9. Agli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta si applicano le norme di cui agli accordi collettivi nazionali."

---

---

#### **Art. 5** *Modifica all'articolo 7 della [L.R. 9/2017](#).*

1. All'[articolo 7 della L.R. 9/2017](#) è apportata la seguente modifica:

a) al comma 1, dopo le parole: "di cui all'articolo 5, comma 1," eliminare le seguenti: "punto 1.1,".

---

---

#### **Art. 6** *Modifiche all'articolo 8 della [L.R. 9/2017](#).*

1. All'[articolo 8 della L.R. 9/2017](#) sono apportate le seguenti modifiche:

a) il comma 3, è sostituito dal seguente:

"3. Alla Regione compete il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 5, comma 1, nonché per i servizi di assistenza territoriale in regime domiciliare e per le attività di assistenza territoriale in regime domiciliare svolte dalle strutture che erogano prestazioni di assistenza territoriale residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale.";

b) al comma 4, dopo le parole: "comma 3, punto 3.2." eliminare le seguenti: "e punto 3.3.";

c) al comma 7, dopo le parole: "istanza di autorizzazione all'esercizio", sostituire le parole: "al comune competente" con le seguenti: "alla Regione".

---

---

**Art. 7** *Modifica all'articolo 10 della L.R. 9/2017.*

1. All'[articolo 10 della L.R. n. 9/2017](#) è apportata la seguente modifica:

a) al comma 2, dopo le parole: "è comunicata all'ente", sostituire le parole: "che ha rilasciato l'autorizzazione per la variazione" con le seguenti: "competente al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per l'aggiornamento.".

---

---

**Art. 8** *Modifica all'articolo 11 della L.R. 9/2017.*

1. All'[articolo 11 della L.R. 9/2017](#) è apportata la seguente modifica:

a) al comma 1, le parole: "che ha rilasciato l'autorizzazione" sono sostituite dalle seguenti: "competente al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio:".

---

---

**Art. 9** *Modifiche all'articolo 12 della L.R. 9/2017.*

1. All'[articolo 12 della L.R. 9/2017](#) sono apportate le seguenti modifiche:

a) il comma 3 è sostituito dal seguente:

"3. Nelle strutture private di cui all'[articolo 5, comma 1, punto 1.1. e 1.6.](#) e negli ambulatori accreditati, il responsabile sanitario deve essere in possesso dei requisiti previsti dall'[articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484](#) (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale) per l'incarico di direttore medico di presidio ospedaliero di struttura pubblica, ancorché in quiescenza, nei limiti di quanto disposto dal comma 8.";

b) alla fine del comma 5, prima del punto, sono aggiunte le seguenti parole: "o con almeno cinque anni di attività prestata presso struttura pubblica o privata accreditata, certificata dalla direzione sanitaria presso cui l'attività è stata svolta"<sup>(2)</sup>;

c) al comma 6 sono soppresse le parole: "e per quelle territoriali monospecialistiche residenziali e semiresidenziali, a condizione che il totale dei posti letto complessivi di queste ultime non sia superiore a cinquanta, e per le strutture socio-sanitarie".

---



(2) Lettera così corretta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 novembre 2018, n. 150.

---

**Art. 10** *Modifiche all'articolo 14 della L.R. 9/2017.*

1. All'*articolo 14 della L.R. n. 9/2017* è apportata la seguente modifica:

a) alla fine del comma 11, aggiungere i seguenti periodi: "La sanzione si riduce a un terzo qualora non si ravvisi comportamento doloso. La disposizione di cui al precedente periodo dovrà essere applicata a tutte le procedure ancora in corso e non esecutive."

---

**Art. 11** *Modifica all'articolo 18 della L.R. 9/2017.*

1. L'*articolo 18 della L.R. 9/2017* è sostituito dal seguente:

"Art. 18

Trasferimento temporaneo delle strutture autorizzate

1. In caso di necessità connesse alla realizzazione di interventi strutturali necessari ad adeguare e/o mantenere i requisiti strutturali e tecnologici della struttura sanitaria e socio sanitaria previsti dalla normativa vigente, il legale rappresentante richiede all'Autorità competente al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, l'autorizzazione temporanea all'esercizio per trasferimento presso altra idonea sede nell'ambito della stessa azienda sanitaria locale. L'istanza deve contenere:

- a) l'individuazione struttura che si intende temporaneamente trasferire;
- b) l'indicazione delle funzioni oggetto del trasferimento, che possono essere totali o parziali;
- c) un cronoprogramma dei lavori e la durata della permanenza presso la sede temporanea;
- d) l'ubicazione dell'immobile che si intende utilizzare per il trasferimento temporaneo;
- e) la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del legale rappresentante della struttura sanitari a o socio sanitaria autorizzata o accreditata che attesti la conformità dell'immobile temporanea mente utilizzato alle norme di sicurezza e di carattere igienico-sanitario;
- f) la planimetria in scala adeguata e relazione tecnico-descrittiva.

2. La Regione o il comune, entro trenta giorni dal ricevimento dell'istanza, avvalendosi del dipartimento di prevenzione dell'ASL competente per territorio, dispone la verifica presso la nuova sede dei requisiti minimi di cui al regolamento regionale o altra specifica normativa e previsione della contrattazione collettiva. L'accertamento da parte del dipartimento di prevenzione è effettuato entro sessanta giorni dalla data di conferimento dell'incarico di verifica.

3. Completato l'iter istruttorio, il dipartimento di prevenzione dell'ASL inoltra gli atti degli accertamenti e il parere conclusivo alla Regione o al comune competente, che, in caso di esito favorevole, rilasciano l'autorizzazione temporanea all'esercizio per trasferimento entro i successivi sessanta giorni, con indicazione della durata massima della permanenza presso la sede temporanea.

4. Qualora il trasferimento temporaneo sia richiesto per una struttura sanitaria o



socio sanitaria accreditata, la Regione, avvalendosi dell'Organismo tecnicamente accreditante, verifica il rispetto dei requisiti ulteriori di accreditamento ed entro sessanta giorni dal ricevimento dell'esito favorevole della verifica rilascia il provvedimento di accreditamento temporaneo."

---

---

**Art. 12** *Modifica all'articolo 22 della L.R. 9/2017.*

1. All'articolo 22 della L.R. 9/2017 è apportata la seguente modifica:

a) al comma 1, dopo le parole: "Giunta regionale", è inserito il seguente periodo: "secondo le indicazioni contenute nell'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012,".

---

---

**Art. 13** *Modifiche all'articolo 23 della L.R. 9/2017.*

1. All'articolo 23 della L.R. 9/2017 sono apportate le seguenti modifiche:

a) al comma 1, le parole: "la competente sezione dell'Assessorato regionale" sono sostituite dalle seguenti: "l'Agenzia regionale strategica per la salute e il sociale della Regione Puglia";

b) al comma 2, le parole: "di cui all'articolo 30," sono sostituite con le seguenti: "di cui all'articolo 29,";

c) al comma 3, la parola: "contesta" è sostituita dalla seguente : "segnala".

---

---

**Art. 14** *Modifica all'articolo 24 della L.R. 9/2017.*

1. All'articolo 24 della L.R. 9/2017, dopo il comma 6 è aggiunto il seguente: "6-bis. I soggetti accreditati che operano attraverso più sedi e/o branche specialistiche e che sono titolari anche di un laboratorio analisi, possono attivare, indipendentemente dalla localizzazione e dalla zona carente, ma sempre nei limiti della ASL di appartenenza, punti di prelievo presso le altre strutture dello stesso soggetto giuridico, operando con pari grado autorizzativo rispetto al laboratorio di analisi."

---

---

**Art. 15** *Modifica all'articolo 25 della L.R. 9/2017.*

1. All'articolo 25 della L.R. n. 9/2017 il comma 2 è abrogato.

---

---

**Art. 16** *Modifiche all'articolo 28 della L.R. 9/2017.*

1. All'articolo 28 della L.R. 9/2017 sono apportate le seguenti modifiche:

a) il comma 5 è sostituito dal seguente:

"5. la Regione, entro trenta giorni dal ricevimento dell'istanza di autorizzazione all'esercizio per trasferimento, avvalendosi del dipartimento di prevenzione dell'ASL competente per territorio, dispone la verifica presso la nuova sede dei requisiti minimi di cui al regolamento regionale o altra specifica normativa e previsione della contrattazione collettiva. L'accertamento da parte del dipartimento di prevenzione è effettuato entro sessanta giorni dalla data di conferimento dell'incarico di verifica. Completato l'iter istruttorio, il dipartimento di prevenzione dell'ASL inoltra gli atti degli accertamenti e il parere conclusivo alla Regione, che, in caso di esito favorevole, rilascia l'autorizzazione all'esercizio per trasferimento entro i successivi sessanta giorni.";

b) il comma 6 è sostituito dal seguente:

"6. La Regione, previa istanza di mantenimento dell'accreditamento presso la nuova sede, avvalendosi dell'Organismo tecnicamente accreditante, verifica il rispetto dei requisiti ulteriori di accreditamento ed entro sessanta giorni dal ricevimento dell'esito favorevole della verifica rilascia il provvedimento di mantenimento dell'accreditamento.".

---

---

**Art. 17** *Modifiche all'articolo 29 della L.R. 9/2017.*

1. All'articolo 29 della L.R. 9/2017 sono apportate le seguenti modifiche:

a) al comma 6, la lettera i) è sostituita dalla seguente:

"i) articolo 88 (Servizio di assistenza domiciliare integrata);";

b) al comma 6 è aggiunta la seguente lettera:

"i bis) articolo 67 (Residenza sociale assistenziale per anziani), continuano ad applicarsi relativamente alle RSA e alle RSSA contrattualizzate, esclusivamente gli standard di personale previsti dal [Reg. reg. 13 gennaio 2005, n. 3](#) (Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie) e dal [Reg. reg. 18 gennaio 2007, n. 4](#) (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia), nonché le disposizioni previste nella [legge regionale 10 luglio 2006, n. 19](#) (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia), fino all'entrata in vigore dell'apposito regolamento che individua:

1) il fabbisogno regionale di strutture;

2) i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio;

3) i requisiti per l'accreditamento istituzionale.";

c) il comma 7 è sostituito dal seguente:

"7. Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore della presente legge e l'entrata in vigore del regolamento di cui al comma 6, le istanze di autorizzazione al funzionamento, presentate ai sensi dell'articolo 49 della L.R. 19/2006 per le strutture socio-sanitarie sopra elencate, sono dichiarate inammissibili. Sono fatte salve le istanze di autorizzazione al funzionamento relative alle strutture di cui al comma 6 realizzate dalle AASSLL, dai comuni o

dalle aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP), o dai soggetti privati con il contributo del Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR), della Regione e/o dei comuni, o quelle relative al completamento e alla trasformazione di strutture socioassistenziali già operanti alla data di entrata in vigore della presente legge che siano in possesso dei pareri positivamente espressi dagli organi competenti, rilasciati antecedentemente alla medesima data di entrata in vigore della presente legge.";

d) dopo il comma 10 sono aggiunti i seguenti:

"10-bis. Dalla data di entrata in vigore del presente comma sono dichiarate inammissibili le istanze di autorizzazione alla realizzazione e di autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie di cui all'[articolo 5, comma 1, punto 1.2.7.](#) fino all'entrata in vigore del regolamento regionale che individua il fabbisogno regionale di dette strutture, da adottarsi entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente disposizione. Sono fatte salve le istanze di autorizzazione alla realizzazione e di autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie di cui all'[articolo 5, comma 1, punto 1.2.7.](#) già previste in atti di programmazione regionale.";

"10-ter. Le autorizzazioni sanitarie all'esercizio concesse in precedenza alla data di entrata in vigore del presente comma restano valide, fermo restando l'adeguamento alla nuova disciplina da effettuarsi entro due anni, secondo quanto previsto al comma 10 del presente articolo.".

La presente legge è dichiarata urgente e sarà pubblicata sul bollettino ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'[articolo 53, comma 1, della legge regionale 12 maggio 2004, n. 7](#) "Statuto della Regione Puglia" ed entrerà in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione.

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

Puglia

L.R. 2-5-2017 n. 9

Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.

Pubblicata nel B.U. Puglia 2 maggio 2017, n. 52.

## **L.R. 2 maggio 2017, n. 9 <sup>(1)</sup>.**

**Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.**

---

(1) Pubblicata nel B.U. Puglia 2 maggio 2017, n. 52.

---

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

Promulga

La seguente legge

---

### **CAPO I**

#### **Disposizioni generali**

##### **Art. 1** *Finalità.*

1. La Regione, con gli istituti dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria, dell'accreditamento istituzionale e degli accordi contrattuali, garantisce l'attuazione dell'[articolo 32 della Costituzione](#) attraverso l'erogazione di prestazioni efficaci e sicure, il miglioramento della qualità delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, nonché lo sviluppo sistematico e programmato del servizio sanitario regionale.

---

##### **Art. 2** *Definizioni.*

1. Ai fini della presente legge si definisce:

a) autorizzazione alla realizzazione, il provvedimento con il quale si consente di destinare, con o senza lavori, un immobile o parte di esso a struttura sanitaria e socio-sanitaria pubblica o privata;

b) autorizzazione all'esercizio, il provvedimento con il quale si consente alle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private di svolgere attività sanitarie e socio-sanitarie;

c) accreditamento istituzionale, il provvedimento con il quale si riconosce alle strutture pubbliche e private già autorizzate lo status di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del servizio sanitario;

d) accordo e contratto, gli atti con i quali, rispettivamente, la Regione e le aziende sanitarie locali (AASSLL) definiscono, con i soggetti accreditati pubblici e privati, la tipologia e la quantità delle prestazioni erogabili agli utenti del servizio sanitario regionale, nonché la relativa remunerazione a carico del servizio sanitario medesimo, nell'ambito di livelli di spesa determinati in corrispondenza delle scelte della programmazione regionale;

e) regolamento regionale, il [Reg. reg. 13 gennaio 2005, n. 3](#) (Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie) e successiva normativa in materia di requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie;

f) struttura sanitaria e socio-sanitaria, qualunque struttura che eroghi prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e mantenimento delle abilità acquisite;

g) nuova realizzazione, la costruzione o l'allestimento ex novo di strutture destinate all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie;

h) studio medico o di altre professioni sanitarie, il luogo nel quale un professionista sanitario, regolarmente abilitato ed iscritto all'ordine o albo di competenza, esercita la propria attività professionale in forma singola o associata <sup>(2)</sup>;

i) studio odontoiatrico, il luogo nel quale il professionista, regolarmente abilitato e iscritto all'albo degli odontoiatri, esercita la propria attività professionale in forma singola od associata;

j) ambulatorio, la struttura aperta al pubblico, con vincoli di giorni e orari di apertura, avente individualità autonoma rispetto a quella dei professionisti che ne fanno parte, e natura giuridica di impresa con separazione tra attività professionale e gestione amministrativa. L'ambulatorio può essere gestito in forma individuale, associata o societaria e avvalersi esclusivamente di professionisti sanitari regolarmente abilitati e iscritti agli ordini o albi professionali di competenza;

k) ampliamento un aumento di posti letto, posti letto-tecnici e grandi apparecchiature o l'attivazione di funzioni sanitarie aggiuntive rispetto a quelle precedentemente svolte;

l) trasformazione la modifica strutturale o funzionale o il cambio d'uso, con o senza lavori, delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

---

(2) Lettera così modificata dall' [art. 1, comma 1, lettera a\)](#), [L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

---

### **Art. 3** *Compiti della Regione.*

## 1. La Regione con appositi regolamenti:

a) individua gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttive ai sensi dell'*articolo 8-ter, comma 5, lettera b)*, del *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'*articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*), ai fini della verifica di compatibilità del progetto, propedeutica all'autorizzazione alla realizzazione, nonché il fabbisogno di assistenza e gli standard per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, ai fini dell'accreditamento istituzionale; procede a eventuali rimodulazioni della rete dei presidi ospedalieri pubblici e privati;

b) stabilisce i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e i requisiti per l'accreditamento istituzionale.

## 2. Con atto deliberativo la Giunta regionale:

a) approva i modelli per la richiesta di autorizzazione e di accreditamento;

b) adotta atti di indirizzo cui i comuni devono attenersi nell'esercizio delle funzioni agli stessi delegate dalla presente legge;

c) stabilisce procedure e modalità operative per l'autorizzazione e l'accreditamento;

d) adotta i provvedimenti di cui all'articolo 21, commi 1 e 2;

e) determina il corrispettivo delle prestazioni per gli accreditati/contrattualizzati, da remunerare sempre nel limite del volume massimo di prestazioni, nel rispetto delle condizioni minime previste dalla contrattazione collettiva di settore.

## 3. Con determinazione il dirigente della sezione regionale competente, in conformità alle disposizioni della *legge 7 agosto 1990, n. 241* (Nuove norme sul procedimento amministrativo):

a) rilascia il parere favorevole di compatibilità *ex articolo 8-ter del D.Lgs. 502/1992*, ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di cui all'articolo 7;

[b) applica le sanzioni di cui all'articolo 14 per le strutture di propria competenza e, nei casi previsti dalla legge, la decadenza dall'autorizzazione all'esercizio; <sup>(3)</sup>]

c) rilascia e revoca i provvedimenti di autorizzazione all'esercizio per le strutture sanitarie e socio-sanitarie di propria competenza e i provvedimenti di accreditamento. In presenza di motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza è data comunicazione ai sensi dell'*articolo 10-bis della legge 241/1990* (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi) <sup>(4)</sup>.

## 4. Il direttore del Dipartimento regionale promozione della salute del benessere sociale e dello sport per tutti, predispone la relazione di cui all'articolo 30 ed effettua con cadenza annuale il monitoraggio dell'attuazione della programmazione regionale in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e attuazione delle verifiche previste dalla presente legge.

---

(3) Lettera soppressa dall' *art. 2, comma 1, lettera a)*, *L.R. 22 dicembre 2017, n. 65*, a decorrere dal 27 dicembre 2017.

(4) Lettera così modificata dall' [art. 2, comma 1, lettera b\)](#), [L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

---

#### **Art. 4** *Compiti dei comuni.*

1. Sono esercitate dai comuni, in conformità alle disposizioni della [L. 241/1990](#), le funzioni concernenti:

a) il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione di cui all'articolo 7, previa verifica di compatibilità da parte della Regione, e il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di cui all'articolo 8, comma 4 in presenza di motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza è data comunicazione ai sensi dell'[articolo 10-bis della L. 241/1990](#) <sup>(5)</sup>;

b) l'attività di vigilanza sulle strutture sanitarie e socio-sanitarie dagli stessi comuni autorizzate, svolta con i propri uffici e con il dipartimento di prevenzione territorialmente competente;

[c) l'applicazione delle sanzioni di competenza di cui all'articolo 14. <sup>(6)</sup>]

---

(5) Lettera così modificata dall' [art. 3, comma 1, lettera a\)](#), [L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

(6) Lettera soppressa dall' [art. 3, comma 1, lettera b\)](#), [L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

---

## **CAPO II**

### **Autorizzazioni**

#### **Art. 5** *Autorizzazioni* <sup>(7)</sup>.

1. Sono soggetti all'autorizzazione alla realizzazione:

1.1. strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti;

1.2. strutture che erogano prestazioni di assistenza territoriale in regime residenziale e semiresidenziale:

1.2.1. ospedali di comunità;

1.2.2. strutture di riabilitazione - centro risvegli per soggetti in stato vegetativo e stato di minima coscienza;

1.2.3. centri residenziali per cure palliative e terapia del dolore (hospice);

1.2.4. strutture sanitarie e socio-sanitarie per anziani non autosufficienti e per soggetti affetti da demenza;

1.2.5. strutture sanitarie e socio-sanitarie per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali;

1.2.6. strutture sanitarie e socio-sanitarie per soggetti con problemi psichiatrici;

1.2.7. strutture sanitarie e socio-sanitarie per la cura, la riabilitazione e l'assistenza a persone con problemi di dipendenza patologica;



1.2.8. strutture socio-sanitarie per l'assistenza a persone affette da AIDS conclamata e con patologie correlate invalidanti;

1.3. stabilimenti termali;

1.4. centri di procreazione medicalmente assistita (PMA);

1.5. consultori familiari pubblici e privati <sup>(8)</sup>;

1.6. strutture che erogano le seguenti prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale:

1.6.1. strutture per prestazioni di specialistica ambulatoriale chirurgica individuate con apposito provvedimento di Giunta regionale;

1.6.2. strutture di specialistica ambulatoriale odontoiatrica individuate con apposito provvedimento della Giunta regionale;

1.6.3. strutture per la diagnostica per immagini con utilizzo delle grandi macchine;

1.6.4. strutture per radioterapia;

1.6.5. strutture per medicina nucleare in vivo;

1.6.6. centri per dialisi;

1.6.7. centri per terapia iperbarica;

1.7. le strutture che erogano le seguenti prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale:

1.7.1. attività specialistica ambulatoriale medica;

1.7.2. attività di medicina di laboratorio;

1.7.3. attività di diagnostica per immagini senza utilizzo di grandi macchine;

1.7.4. attività ambulatoriale di fisiokinesiterapia;

1.7.5. le strutture che erogano le prestazioni di assistenza territoriale in regime ambulatoriale.

2. Le strutture di cui al comma 1 sono soggette ad autorizzazione alla realizzazione anche nelle seguenti ipotesi:

2.1. gli ampliamenti di strutture già esistenti e autorizzate, in essi compresi:

2.1.1. l'aumento del numero dei posti letto, posti letto - tecnici e grandi apparecchiature rispetto a quelli già autorizzati;

2.1.2. l'attivazione di funzioni sanitarie e/o socio-sanitarie aggiuntive rispetto a quelle già autorizzate;

2.2. la trasformazione di strutture già esistenti e specificamente:

2.2.1. la modifica della tipologia (disciplina) di posti letto rispetto a quelli già autorizzati;

2.2.2. la modifica di altre funzioni sanitarie e/o socio-sanitarie già autorizzate;

2.2.3. il cambio d'uso degli edifici, finalizzato a ospitare nuove funzioni sanitarie o sociosanitarie, con o senza lavori;

2.2.4. l'adattamento delle strutture già esistenti e la loro diversa utilizzazione;

2.3. il trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate.

3. Sono soggette all'autorizzazione all'esercizio:

3.1. le strutture per le quali è richiesta l'autorizzazione alla realizzazione di cui al comma 1;

3.2. studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, tutte individuate con apposito provvedimento di Giunta regionale, sentiti gli ordini professionali, anche secondo le disposizioni di cui all'Intesa Stato-regioni



del 9 giugno 2016 in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie in ambito odontostomatologico.

4. Con apposito regolamento regionale vengono definiti i requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie.

5. Nelle more dell'applicazione del regolamento regionale di cui al comma 4, per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio degli studi odontoiatrici si farà riferimento ai requisiti minimi previsti dall'Intesa Stato-regioni del 9 giugno 2016.

6. Non sono soggetti ad autorizzazione gli studi medici, odontoiatrici e gli studi per l'esercizio delle professioni sanitarie, individuate dai regolamenti ministeriali, in attuazione dell'[articolo 6 del D.Lgs. 502/1992](#). Tali studi, nei quali i professionisti esercitano l'attività in forma singola, autonoma e indipendente pur utilizzando stessa unità immobiliare con altri, oppure in forma associata, devono avere spazi e attrezzature proporzionati alla capacità di erogazione e al personale ivi operante e, in ogni caso, devono avere caratteristiche tali da non configurare l'esercizio delle attività previste per gli stessi studi dal comma 3, punto 3.2. del presente articolo. Resta salvo l'obbligo di comunicare l'apertura del proprio studio all'ASL competente per territorio, corredando la comunicazione di planimetria degli ambienti ove si svolge l'attività, di elenco delle attrezzature utilizzate e di apposita dichiarazione sostitutiva del titolo di studio posseduto che, per quanto riguarda gli esercenti le professioni sanitarie, deve essere comunque acquisito in corsi/scuole riconosciuti dal Ministero della salute. Il servizio igiene pubblica del dipartimento di prevenzione dell'ASL territorialmente competente, entro novanta giorni dalla comunicazione, rilascia nulla osta allo svolgimento dell'attività professionale. L'ASL effettua la vigilanza nei confronti degli studi ove si esercitano le professioni sanitarie, per assicurare il rispetto della normativa in materia di igiene e sanità pubblica.

7. Nelle more dell'approvazione del provvedimento di Giunta regionale previsto al comma 3, punto 3.2., i titolari degli studi odontoiatrici, medici e delle altre professioni sanitarie, mediante apposita dichiarazione scritta, sulla base di una valutazione personale e discrezionale, certificano l'effettuazione o la non effettuazione di prestazioni di chirurgia, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente. A seguito dell'emanazione dell'apposito provvedimento di Giunta regionale, ed entro i termini stabiliti dallo stesso, gli studi operanti in possesso solo del nulla osta della ASL di appartenenza, ove ricadenti tra quelli attrezzati per erogare le suddette procedure complesse, dovranno presentare domanda di autorizzazione all'esercizio ai relativi requisiti.

8. Gli studi medici, odontoiatrici e delle altre professioni sanitarie sono tenuti al pagamento della tassa governativa di cui all'[articolo 1, lettera e\), del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4](#) (Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ospedaliera e dei relativi personale ed uffici), recepito con [legge regionale 4 dicembre 2001, n. 31](#) (Disposizioni di carattere tributario).

9. Agli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta si applicano le norme di cui agli accordi collettivi nazionali.

(7) Articolo così sostituito dall' [art. 4, comma 1, L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

(8) Punto così modificato dall' [art. 40, comma 1, L.R. 10 agosto 2018, n. 44](#), a decorrere dal 13 agosto 2018.

---

**Art. 6** *Requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio.*

1. L.R. requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi richiesti per l'autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie sono quelli previsti dal regolamento regionale o altra specifica normativa.

2. Le prestazioni a ciclo diurno per acuti sono comunque erogate all'interno di strutture di ricovero con specifica identificazione dei posti letto dedicati e della relativa organizzazione tecnico-sanitaria.

---

**Art. 7** *Procedimento per il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie.*

1. I soggetti pubblici e privati di cui all'articolo 5, comma 1 inoltrano al comune competente per territorio istanza di autorizzazione alla realizzazione della struttura corredandola del titolo di proprietà, del diritto reale di godimento o altro titolo legittimante, del progetto con relative planimetrie e del permesso di costruire o altro titolo abilitativo edilizio, ove già rilasciato <sup>(9)</sup>.

2. Il comune, verificati i titoli di cui al comma 1 e la conformità dell'intervento alla normativa urbanistica ed edilizia, entro trenta giorni dalla data di ricevimento dell'istanza, richiede alla Regione la verifica di compatibilità di cui all'articolo 3, comma 3, lettera a).

3. Il parere di compatibilità regionale è rilasciato entro sessanta giorni dalla data di ricevimento della richiesta di cui al comma 2, sentita l'azienda sanitaria locale interessata in relazione alla localizzazione territoriale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie della tipologia di attività richiesta già presenti in ambito provinciale, che si esprime entro e non oltre trenta giorni.

4. Il parere di compatibilità di cui al comma 3 ha validità biennale a decorrere dalla data di rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione. Scaduto tale termine, qualora il soggetto interessato non abbia richiesto l'autorizzazione all'esercizio alla Regione, il dirigente della sezione regionale competente ne dichiara, con apposita determinazione, la decadenza.

5. Il comune, entro centoventi giorni dal ricevimento del parere favorevole di compatibilità, rilascia l'autorizzazione alla realizzazione.

6. In caso di eventi oggettivi non imputabili alla volontà del soggetto interessato tali da impedire la realizzazione dell'attività nel termine di cui al comma 4, il dirigente della sezione regionale competente, su istanza proposta prima della scadenza del predetto termine, previa verifica della documentazione e valutata la

compatibilità con la programmazione sanitaria, può concedere la proroga di validità del parere di compatibilità.

---

(9) Comma così modificato dall' *art. 5, comma 1, lettera a), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65*, a decorrere dal 27 dicembre 2017.

---

**Art. 8** *Procedimento per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie.*

1. Tutti i soggetti che intendono gestire attività sanitaria o socio-sanitaria soggetta ad autorizzazione all'esercizio sono tenuti a presentare domanda alla Regione o al comune.
2. Alla domanda di autorizzazione all'esercizio devono essere allegati il titolo attestante l'agibilità, la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente il possesso dei requisiti, i titoli accademici del responsabile sanitario e tutta la documentazione richiesta dall'ente competente. L'atto di notorietà deve indicare compiutamente il numero e le qualifiche del personale da impegnare nella struttura.
3. Alla Regione compete il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 5, comma 1, nonché per i servizi di assistenza territoriale in regime domiciliare e per le attività di assistenza territoriale in regime domiciliare svolte dalle strutture che erogano prestazioni di assistenza territoriale residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale <sup>(10)</sup>.
4. Al comune compete il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per le strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui all'articolo 5, comma 3, punto 3.2. <sup>(11)</sup>
5. La Regione e il comune, avvalendosi del dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria locale competente per territorio, eventualmente di concerto con altre strutture competenti nell'ambito dell'attività da autorizzare, verificano l'effettivo rispetto dei requisiti minimi di cui al regolamento regionale o altra specifica normativa e previsione della contrattazione collettiva, nonché di ogni eventuale prescrizione contenuta nell'autorizzazione alla realizzazione. L'accertamento da parte del dipartimento di prevenzione è effettuato entro novanta giorni dalla data di conferimento dell'incarico di verifica.
6. Completato l'iter istruttorio, il dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria locale inoltra gli atti degli accertamenti e il parere conclusivo alla Regione o al comune competente, che, in caso di esito favorevole, rilasciano l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria entro i successivi sessanta giorni, fatta salva l'interruzione del termine, per non più di trenta giorni e per una sola volta, esclusivamente per la motivata richiesta di documenti che integrino o completino la documentazione presentata e che non siano già nella disponibilità dell'amministrazione, e che questa non possa acquisire autonomamente. Il termine ricomincia a decorrere dalla data di ricezione della documentazione integrativa.
7. Gli ambulatori di patologia clinica autorizzati all'esercizio possono istituire, previa istanza di autorizzazione all'esercizio alla Regione un punto prelievo nelle zone carenti del territorio dell'azienda sanitaria locale di appartenenza. Per "zona

carente" si intende l'ambito territoriale, entro un raggio di quattro km lineari dalla sede del punto prelievo che si intende istituire, in cui non insistono strutture di laboratorio e/o altri punti prelievo. L'autorizzazione è rilasciata previa verifica dei requisiti di cui al regolamento regionale <sup>(12)</sup>.

---

(10) Comma così sostituito dall' *art. 6, comma 1, lettera a), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65*, a decorrere dal 27 dicembre 2017.

(11) Comma così modificato dall' *art. 6, comma 1, lettera b), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65*, a decorrere dal 27 dicembre 2017.

(12) Comma così modificato dall' *art. 6, comma 1, lettera c), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65*, a decorrere dal 27 dicembre 2017.

---

### **Art. 9** *Trasferimento di titolarità dell'autorizzazione all'esercizio e decadenza.*

1. L'autorizzazione all'esercizio è rilasciata alla persona fisica o giuridica, in forma singola o associata, per lo svolgimento di una determinata attività sanitaria o socio-sanitaria mediante un complesso organizzato di beni e/o persone conforme ai requisiti minimi stabiliti dal regolamento regionale.

2. L'autorizzazione all'esercizio, unitamente al complesso organizzato di beni e/o persone, può essere trasferita ad altro soggetto in conseguenza di atti di autonomia privata con provvedimento dell'ente competente, previa verifica della permanenza dei requisiti di cui al comma 1, nonché l'insussistenza in capo all'altro soggetto di una delle ipotesi di decadenza previste nei commi 4 e 5, e del rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 2112 del codice civile.

3. In caso di decesso della persona fisica autorizzata, gli eredi, fermo restando il mantenimento dei requisiti, hanno facoltà di continuare l'esercizio dell'attività per un periodo non superiore a un anno dal decesso. Entro tale periodo gli eredi possono trasferire ad altro soggetto il complesso organizzato di beni e/o persone, ovvero proseguire essi stessi l'attività autorizzata, previa acquisizione del provvedimento previsto dal comma 2.

4. La decadenza dall'autorizzazione all'esercizio è dichiarata, oltre ai casi previsti dalla presente legge, nelle ipotesi di:

- a) esercizio di un'attività sanitaria o socio-sanitaria diversa da quella autorizzata;
- b) estinzione della persona giuridica autorizzata;
- c) rinuncia del soggetto autorizzato;
- d) trasferimento del complesso organizzato di beni e/o persone in assenza del provvedimento di cui al comma 2;
- e) inutile decorso del periodo di cui al comma 3.

5. La decadenza è pronunciata, inoltre, nei confronti di:

- a) coloro che hanno riportato condanna definitiva, per i delitti previsti dagli articoli 416-bis (Associazione di tipo mafioso anche straniera) e 416-ter (Scambio elettorale politico-mafioso) del codice penale;

b) coloro che hanno riportato condanna definitiva, per i delitti previsti dagli articoli [73](#)(Produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope) e [74](#)(Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti) del [decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309](#) (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza);

c) coloro che hanno riportato condanna definitiva, per i delitti previsti dagli articoli 314 (Peculato), 316 (Peculato mediante profitto dell'errore altrui), 316-bis (Malversazione a danno dello Stato), 316-ter (Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato), 317 (Concussione), 318 (Corruzione per l'esercizio della funzione), 319 (Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio), 319-ter (Corruzione in atti giudiziari), 319-quater (Induzione indebita a dare o promettere utilità), 320 (Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio), 640 (Truffa) -comma 2, 640-bis (Truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche) del codice penale;

d) coloro nei confronti dei quali sia stata applicata, con decreto definitivo, una misura di prevenzione personale o patrimoniale in quanto indiziati di appartenere ad una delle associazioni di cui all'[articolo 1 della legge 31 maggio 1965, n. 575](#) (Disposizioni contro le organizzazioni di tipo mafioso anche straniera);

e) coloro che sono stati condannati con sentenza definitiva a una pena che comporti l'interdizione temporanea o perpetua dai pubblici uffici, ovvero l'incapacità di contrarre con la pubblica amministrazione;

f) coloro i quali hanno violato gli obblighi retributivi e contributivi nei confronti del personale dipendente e di quelli stabiliti in sede di contrattazione collettiva nazionale, decentrata e integrativa a tutela dei lavoratori.

---

## **Art. 10** *Disposizioni comuni alle autorizzazioni.*

### 1. L'autorizzazione contiene:

a) i dati anagrafici del soggetto richiedente nel caso lo stesso sia persona fisica;

b) la ragione sociale e il nominativo del legale rappresentante nel caso in cui il soggetto richiedente sia una società;

c) la sede legale, l'ubicazione e la denominazione della struttura;

d) la tipologia delle prestazioni autorizzate;

e) il riferimento al contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) di categoria da applicare ed eventuali prescrizioni volte a garantire l'effettivo rispetto dei requisiti minimi di cui all'articolo 6;

f) il nome e i titoli accademici del responsabile sanitario.

2. La sostituzione del responsabile sanitario è comunicata all'ente competente al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per l'aggiornamento del relativo provvedimento <sup>(13)</sup>.

---

(13) Comma così modificato dall' [art. 7, comma 1, lettera a\), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

**Art. 11** *Legale rappresentante della struttura.*

1. Il legale rappresentante della struttura comunica tempestivamente all'ente competente al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio <sup>(14)</sup>:

- a) il nominativo del sostituto del responsabile sanitario in caso di assenza o impedimento dello stesso;
- b) le sostituzioni e/o le integrazioni del personale sanitario operante nella struttura;
- c) tutte le variazioni e trasformazioni intervenute nella natura giuridica e nella composizione della società titolare della struttura;
- d) la temporanea chiusura o inattività della struttura;
- e) eventuali contratti decentrati o aziendali con le organizzazioni sindacali.

2. Il legale rappresentante della struttura:

- a) verifica l'assenza di situazioni di incompatibilità ai sensi della normativa vigente;
- b) assicura la presenza del responsabile sanitario e del restante personale;
- c) comunica alla Regione o al comune, entro il 31 gennaio di ogni anno, le sostituzioni e/o integrazioni delle attrezzature sanitarie.

---

(14) Alinea così modificato dall' [art. 8, comma 1, lettera a\), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

**Art. 12** *Responsabile sanitario - Requisiti.*

1. In ogni struttura sanitaria è obbligatorio il responsabile sanitario.

2. Nelle strutture pubbliche ed equiparate di cui all'articolo 5, comma 1, punto 1.1, il responsabile sanitario deve possedere i requisiti previsti dalla normativa vigente.

3. Nelle strutture private di cui all'[articolo 5, comma 1, punto 1.1. e 1.6.](#) e negli ambulatori accreditati, il responsabile sanitario deve essere in possesso dei requisiti previsti dall'[articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484](#) (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale) per l'incarico di direttore medico di presidio ospedaliero di struttura pubblica, ancorché in quiescenza, nei limiti di quanto disposto dal comma 8 <sup>(15)</sup>.

4. Nelle strutture monospecialistiche ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali le funzioni del responsabile sanitario possono essere svolte anche da un medico in possesso della specializzazione nella disciplina o disciplina equipollente rispetto a quella della struttura, o da altro dirigente del ruolo sanitario specificatamente individuato dalla disciplina di settore.

5. Negli ambulatori che svolgono esclusivamente attività di medicina di laboratorio, le funzioni del responsabile sanitario possono essere svolte anche da



personale sanitario di cui al [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 10 febbraio 1984](#) o con almeno cinque anni di attività prestata presso struttura pubblica o privata accreditata, certificata dalla direzione sanitaria presso cui l'attività è stata svolta <sup>(16)</sup>.

6. Non è consentito svolgere le funzioni di responsabile sanitario in più di una struttura sanitaria, fatta eccezione per le strutture per le strutture socio-sanitarie e per quelle sanitarie territoriali mono-specialistiche residenziali e semiresidenziali. Resta fermo, per tutte le ipotesi di cui sopra, che deve essere garantito il debito orario previsto dai regolamenti per la funzione di responsabile sanitario. I soggetti che erogano servizi sanitari, anche in branche diverse, in regime autorizzativo o di accreditamento attraverso più strutture o sedi operative, possono nominare un unico responsabile sanitario <sup>(17)</sup>.

7. La funzione di responsabile sanitario è incompatibile con la qualità di proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la struttura sanitaria, fatta eccezione per le strutture monospecialistiche residenziali e semiresidenziali e per le strutture ambulatoriali.

8. Il limite di età massimo previsto per lo svolgimento della funzione di responsabile sanitario è quello previsto dal comma 1 dell'[articolo 15-nonies del D.Lgs. 502/1992](#).

---

(15) Comma così sostituito dall' [art. 9, comma 1, lettera a\), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

(16) Comma così modificato dall' [art. 9, comma 1, lettera b\), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017. La suddetta lettera b) è stata corretta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 novembre 2018, n. 150.

(17) Comma così modificato dall' [art. 9, comma 1, lettera c\), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#) e dall' [art. 96, comma 1, lettere a\) e b\), L.R. 28 dicembre 2018, n. 67](#), a decorrere dal 31 dicembre 2018.

---

### **Art. 13** *Responsabile sanitario - Compiti.*

1. Il responsabile sanitario cura l'organizzazione tecnico-sanitaria della struttura sotto il profilo igienico e organizzativo, essendone responsabile nei confronti della titolarità e dell'autorità sanitaria competente, e assicura tutte le funzioni previste dalle norme vigenti.

---

### **Art. 14** *Sanzioni.*

1. Il dirigente della sezione regionale competente o il comune, secondo le rispettive competenze, a seguito di accertamenti eseguiti dagli organi della pubblica amministrazione incaricati della vigilanza, dispongono previa osservanza della [L. 241/1990](#):

- a) la chiusura di strutture o attività aperte senza le preventive autorizzazioni;
- b) la cessazione dell'attività trasferita in altra sede senza la preventiva autorizzazione di cui all'articolo 18.

2. Il dirigente della sezione regionale competente o il comune revocano l'autorizzazione e dispongono la chiusura della struttura nella quale sia stato accertato l'esercizio abusivo della professione sanitaria o in cui siano state commesse gravi e/o reiterate inadempienze comportanti situazioni di pericolo per la salute dei cittadini, fatta salva, nei casi previsti, la trasmissione di informativa di reato all'Autorità giudiziaria.

3. Nei casi previsti ai commi 1 e 2 è comminata la sanzione amministrativa pecuniaria compresa fra un minimo di euro 10 mila e un massimo di euro 60 mila.

4. Il dirigente della sezione regionale competente o il comune, nel caso in cui siano state apportate modifiche strutturali, funzionali o della tipologia delle prestazioni erogate tali da configurare rischio per la salute pubblica, dispongono il ripristino della situazione preesistente, concedendo un termine non superiore a trenta giorni. In tal caso l'autorità sanitaria locale dispone la sospensione dell'attività nel periodo necessario al ripristino dello status quo ante.

5. Ove il trasgressore non provveda nel termine assegnato, il dirigente della sezione regionale competente o il comune dispongono la chiusura della struttura. La riapertura può essere concessa non prima di sei mesi dalla data di notifica del provvedimento di chiusura, previa verifica dell'avvenuta rimozione delle cause che l'hanno determinata.

6. In caso di carenza dei requisiti di cui all'articolo 6, di violazione di prescrizioni inserite nell'atto di autorizzazione o di disfunzioni assistenziali che possano essere eliminate mediante idonei interventi, il dirigente della sezione regionale competente o il comune ordinano gli adempimenti necessari assegnando a tal fine un termine compreso fra trenta e novanta giorni.

7. Ove il trasgressore non provveda nel termine assegnato, il dirigente della sezione regionale competente o il comune dispongono la sospensione dell'attività per un periodo di tempo sino a tre mesi.

8. L'attività sospesa può essere nuovamente esercitata previo accertamento dell'intervenuta rimozione delle infrazioni rilevate. In caso contrario il dirigente della sezione regionale competente o il comune dichiarano la revoca dell'autorizzazione.

9. Nei casi previsti ai commi 4 e 6 è applicata la sanzione amministrativa pecuniaria compresa fra un minimo di euro 6 mila e un massimo di euro 36 mila.

10. Il legale rappresentante e il responsabile sanitario della struttura che non adempiono agli obblighi a essi rispettivamente imposti dagli articoli 12, 13, 17, 18 e 24 sono soggetti, rispettivamente, alla sanzione amministrativa pecuniaria compresa fra un minimo di euro 3 mila e un massimo di euro 18 mila..

11. Le sanzioni pecuniarie stabilite nei commi 3, 9 e 10 sono applicate tenendo conto, oltre che dell'entità della carenza o della violazione, anche delle dimensioni e del volume d'affari della struttura. La sanzione si riduce a un terzo qualora non si ravvisi comportamento doloso. La disposizione di cui al precedente periodo dovrà essere applicata a tutte le procedure ancora in corso e non esecutive <sup>(18)</sup>.



12. Le sanzioni pecuniarie stabilite nei commi 3, 9 e 10 sono raddoppiate in caso di reiterazione dello stesso tipo di infrazione nell'arco temporale di tre anni.

13. L'accertamento delle violazioni di cui al presente capo è effettuato dal dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria locale territorialmente competente.

14. Per l'accertamento e l'applicazione delle sanzioni pecuniarie si osservano le disposizioni della [legge 24 novembre 1981, n. 689](#) (Modifiche al sistema penale). Resta fermo l'obbligo di rapporto all'Autorità giudiziaria nel caso di violazione di norme penali.

15. I proventi delle sanzioni amministrative comminate dall'autorità competente sono incamerati dalla Regione e utilizzati con destinazione ad attività socio-sanitarie e al potenziamento delle dotazioni organiche e finanziarie dei dipartimenti di prevenzione delle AASSLL e dell'organismo tecnicamente accreditante.

16. Eventuali modifiche e/o adeguamenti degli importi delle sanzioni previste dalla presente legge potranno essere adottate con provvedimento della Giunta regionale.

---

(18) Comma così modificato dall' [art. 10, comma 1, lettera a\), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

---

#### **Art. 15** *Registro delle strutture autorizzate.*

1. È istituito presso la competente sezione dell'Assessorato regionale il registro delle strutture sanitarie e socio-sanitarie autorizzate all'esercizio.

2. Ai sensi del comma 1 il sindaco trasmette all'azienda sanitaria locale territorialmente competente copia di tutti gli atti autorizzativi rilasciati, nonché le pronunce di sospensione, decadenza e revoca, al fine della registrazione degli stessi nel sistema informativo sanitario regionale.

---

#### **Art. 16** *Verifica periodica dei requisiti minimi e vigilanza.*

1. Sulla permanenza dei requisiti minimi previsti dal regolamento regionale o da altra specifica normativa, e sulla assenza di cause di decadenza dall'autorizzazione all'esercizio previste dall'articolo 9, comma 5, vigilano gli organi competenti. Il legale rappresentante del soggetto autorizzato ha l'obbligo di comunicare immediatamente al comune o alla Regione, secondo la competenza stabilita ai sensi dell'articolo 8, e al dipartimento di prevenzione dall'azienda sanitaria locale territorialmente competente la perdita dei suddetti requisiti minimi o l'instaurarsi di cause di decadenza dell'autorizzazione all'esercizio. Ove possibile, il dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria locale prescrive specifiche azioni mirate al ripristino della rispondenza ai criteri di legge del soggetto autorizzato. È facoltà degli organi di vigilanza competenti la richiesta di documenti o di atti di

notorietà redatti a cura del responsabile sanitario, comprovanti la permanenza del possesso dei requisiti minimi previsti dal regolamento regionale e attestanti l'assenza di cause di decadenza dell'autorizzazione all'esercizio, con cadenza quinquennale a partire dalla data di rilascio dell'autorizzazione e ogni qualvolta ciò sia, dagli stessi, ritenuto opportuno.

2. La Regione o il comune, ferme restando le verifiche a campione in ordine alla comunicazione di cui al comma 1, dispongono i controlli e le verifiche ispettive, tese all'accertamento della permanenza dei requisiti previsti ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per mezzo del dipartimento di prevenzione territorialmente competente e, ove necessario, di ulteriori strutture delle AASSLL. Di ogni verifica è redatto apposito verbale da consegnarsi in copia al legale rappresentante della struttura e alla Regione o al comune per gli eventuali provvedimenti di cui all'articolo 14.

3. Al fine di assicurare il puntuale svolgimento da parte del personale del servizio igiene e sanità pubblica delle attività derivanti da piani straordinari o periodici di verifica approvati dalla Regione, nonché da verifiche disposte in forza di norme nazionali, i direttori generali delle AASSLL adottano, a seguito di proposta del direttore del dipartimento di prevenzione, gli interventi organizzativi necessari per il rispetto dei medesimi piani anche mediante l'utilizzo degli istituti contrattuali previsti dei vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro.

---

#### **Art. 17** *Trasferimento definitivo delle strutture autorizzate all'esercizio.*

1. L'autorizzazione all'esercizio è conferita esclusivamente al soggetto e per la sede della struttura così come risulta dal provvedimento che la conferisce.

2. Il trasferimento definitivo della sede di strutture sanitarie e socio-sanitarie già autorizzate all'esercizio è consentito, ai sensi dell'articolo 8, mediante apposita autorizzazione all'esercizio per trasferimento nell'ambito della stessa azienda sanitaria locale.

3. Le strutture sanitarie e socio-sanitarie già autorizzate all'esercizio di cui all'articolo 5, comma 1, sono autorizzate all'esercizio per trasferimento previa acquisizione dell'autorizzazione alla realizzazione per trasferimento ai sensi del combinato disposto dell'articolo 5, comma 3, punto 3.3. e dell'articolo 7. La verifica di compatibilità regionale è eseguita secondo le modalità e i contenuti previsti dall'articolo 28, comma 3.

---

#### **Art. 18** *Trasferimento temporaneo delle strutture autorizzate <sup>(19)</sup>.*

1. In caso di necessità connesse alla realizzazione di interventi strutturali necessari ad adeguare e/o mantenere i requisiti strutturali e tecnologici della struttura sanitaria e socio sanitaria previsti dalla normativa vigente, il legale rappresentante richiede all'Autorità competente al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, l'autorizzazione temporanea all'esercizio per trasferimento presso

altra idonea sede nell'ambito della stessa azienda sanitaria locale. L'istanza deve contenere:

- a) l'individuazione struttura che si intende temporaneamente trasferire;
- b) l'indicazione delle funzioni oggetto del trasferimento, che possono essere totali o parziali;
- c) un cronoprogramma dei lavori e la durata della permanenza presso la sede temporanea;
- d) l'ubicazione dell'immobile che si intende utilizzare per il trasferimento temporaneo;
- e) la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del legale rappresentante della struttura sanitaria o socio sanitaria autorizzata o accreditata che attesti la conformità dell'immobile temporaneamente utilizzato alle norme di sicurezza e di carattere igienico-sanitario;
- f) la planimetria in scala adeguata e relazione tecnico-descrittiva.

2. La Regione o il comune, entro trenta giorni dal ricevimento dell'istanza, avvalendosi del dipartimento di prevenzione dell'ASL competente per territorio, dispone la verifica presso la nuova sede dei requisiti minimi di cui al regolamento regionale o altra specifica normativa e previsione della contrattazione collettiva. L'accertamento da parte del dipartimento di prevenzione è effettuato entro sessanta giorni dalla data di conferimento dell'incarico di verifica.

3. Completato l'iter istruttorio, il dipartimento di prevenzione dell'ASL inoltra gli atti degli accertamenti e il parere conclusivo alla Regione o al comune competente, che, in caso di esito favorevole, rilasciano l'autorizzazione temporanea all'esercizio per trasferimento entro i successivi sessanta giorni, con indicazione della durata massima della permanenza presso la sede temporanea.

4. Qualora il trasferimento temporaneo sia richiesto per una struttura sanitaria o socio sanitaria accreditata, la Regione, avvalendosi dell'Organismo tecnicamente accreditante, verifica il rispetto dei requisiti ulteriori di accreditamento ed entro sessanta giorni dal ricevimento dell'esito favorevole della verifica rilascia il provvedimento di accreditamento temporaneo.

---

(19) Articolo così sostituito dall' [art. 11, comma 1, L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

---

### CAPO III

#### **Accreditamento delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni sanitarie e socio-sanitarie**

**Art. 19** *Accreditamento istituzionale e obbligatorietà del possesso dei requisiti.*

1. L'accreditamento istituzionale deve concorrere al miglioramento della qualità del sistema sanitario, garantendo ai cittadini adeguati livelli quantitativi e qualitativi delle prestazioni erogate per conto e a carico del Servizio sanitario.

2. Le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private autorizzate all'esercizio, che intendono erogare prestazioni per conto del Servizio sanitario

nazionale all'interno dei vincoli della programmazione sanitaria regionale, devono ottenere preventivamente l'accreditamento.

3. L'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio non produce effetti vincolanti ai fini della procedura di accreditamento istituzionale, che si fonda sul criterio di funzionalità rispetto alla programmazione regionale, salvo che:

3.1. in ipotesi di autorizzazione all'esercizio per l'attività di diagnostica per immagini con utilizzo di grandi macchine (di cui all'articolo 5, comma 1, punto 1.6.3.) già rilasciata alla data di entrata in vigore della presente legge a struttura già accreditata per l'attività di diagnostica per immagini senza utilizzo di grandi macchine (di cui all'articolo 5, comma 1, punto 1.7.3.);

3.2. in ipotesi di autorizzazione all'esercizio per l'attività di diagnostica per immagini senza utilizzo di grandi macchine (di cui all'articolo 5, comma 1, punto 1.7.3.) già rilasciata alla data di entrata in vigore della presente legge a struttura già accreditata per l'attività di diagnostica per immagini con utilizzo di grandi macchine (di cui all'articolo 5, comma 1, punto 1.6.3.);

3.3. in ipotesi di autorizzazione all'esercizio di PET rilasciata a struttura già accreditata per l'attività di medicina nucleare in vivo (di cui all'articolo 5, comma 1, punto 1.6.5.). Nelle soprariportate ipotesi l'autorizzazione all'esercizio produce effetti vincolanti ai fini della procedura di accreditamento istituzionale a condizione che, nell'ambito comunale di riferimento, non insista struttura pubblica o privata già accreditata per la medesima attività. <sup>(20)</sup>

4. L'accreditamento, nell'ambito della programmazione regionale, è titolo necessario per l'instaurazione dei rapporti di cui all'[articolo 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992](#).

5. Soggetti del provvedimento di accreditamento istituzionale sono le strutture sanitarie e socio-sanitarie e relative attività.

6. I soggetti accreditati erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto del Servizio sanitario regionale nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

---

(20) Comma così sostituito dall' [art. 49, comma 1, L.R. 30 novembre 2019, n. 52](#), a decorrere dal 30 novembre 2019.

---

## **Art. 20** *Condizioni per ottenere e detenere l'accreditamento.*

1. L'accreditamento istituzionale è rilasciato ed è detenuto subordinatamente alla sussistenza delle condizioni di cui al presente articolo e ai requisiti ulteriori di cui al regolamento regionale o altra specifica normativa.

2. Condizioni essenziali per l'accreditamento sono:

- a) il possesso dell'autorizzazione all'esercizio;
- b) l'accettazione del sistema di pagamento a prestazione nel rispetto del volume massimo di prestazioni e del corrispondente corrispettivo fissato a livello regionale e di singole AASSLL e dei criteri fissati dalla Regione a norma dell'[articolo 8-quinquies, comma 1, lettera d\), del D.Lgs. 502/1992](#);
- c) l'adozione di un programma interno di verifica e di promozione della qualità dell'assistenza;

d) la funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale relativamente al fabbisogno assistenziale e verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti in caso di accreditamento provvisorio di cui all'[articolo 8-quater, comma 7, del D.Lgs. 502/1992](#);

e) l'assenza di condanne definitive per reati di evasione fiscale e contributiva nei confronti del titolare e, nel caso di associazioni tra professionisti, società e persone giuridiche, del legale rappresentante, degli amministratori, nonché degli associati e dei soci titolari di quote o azioni superiori al 20 per Cento;

f) il dimensionamento massimo dei posti letto delle unità operative (UO), per quanto riguarda i presidi ospedalieri pubblici ed equiparati, secondo quanto indicato nella normativa vigente;

g) per quanto riguarda le case di cura private, la rispondenza allo standard minimo di posti letto come definito dalla normativa vigente;

h) il rispetto degli obblighi retributivi e contributivi nei confronti del personale dipendente e di quelli stabiliti in sede di contrattazione collettiva nazionale, decentrata e integrativa a tutela dei lavoratori.

3. Sono esclusi dal processo di accreditamento le strutture che erogano prestazioni sanitarie ove si svolgono attività ludiche, sportive ed estetiche, fatta eccezione per gli stabilimenti termali.

---

#### **Art. 21** *Rapporti con i soggetti accreditati.*

1. La Giunta regionale, sentiti i direttori generali delle AASSLL e le rappresentanze dei soggetti accreditati, detta gli indirizzi per la formulazione dei piani annuali preventivi di attività, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare nel rispetto della programmazione regionale, compatibilmente con le risorse finanziarie, e dei criteri per l'individuazione dei soggetti erogatori, tra quelli accreditati, con i quali stipulare i contratti.

2. La Giunta regionale disciplina i rapporti di cui all'[articolo 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992](#) mediante uno schema tipo di accordo contrattuale con il quale si stabiliscono l'indicazione delle quantità, delle tipologie di prestazioni da erogare, delle tariffe e le modalità delle verifiche e dei controlli rispetto alla qualità delle prestazioni erogate.

3. La Regione e le AASSLL, anche sulla base di eventuali intese con le organizzazioni rappresentative a livello regionale, stipulano rispettivamente:

a) accordi con gli enti ecclesiastici e gli istituti di ricerca e cura a carattere scientifico (IRCSS) privati;

b) contratti con le strutture private e professionisti accreditati.

4. Le AASSLL non sono obbligate a stipulare i contratti di cui al comma 3 con i soggetti accreditati.

---

#### **Art. 22** *Definizione degli ulteriori requisiti di qualificazione per l'accreditamento.*

1. I requisiti ulteriori di qualificazione ai fini dell'accreditamento fissati dalla Giunta regionale secondo le indicazioni contenute nell'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012, devono risultare <sup>(21)</sup>:

a) compatibili con l'esigenza di garantire che lo sviluppo del sistema sia funzionale alle scelte di programmazione regionale;

b) orientati a promuovere l'appropriatezza, l'accessibilità, l'efficacia, l'efficienza delle attività e delle prestazioni, in coerenza con i LEA;

c) finalizzati a perseguire l'uniformità dei livelli di qualità dell'assistenza offerta dai soggetti pubblici e privati;

d) commisurati rispetto al livello quantitativo e qualitativo di dotazioni strumentali, tecnologiche e amministrative correlate alla tipologia delle prestazioni erogabili;

e) tesi a favorire il miglioramento della qualità e l'umanizzazione dell'assistenza attraverso la risultanza positiva rispetto al controllo di qualità, anche con riferimento agli indicatori di efficienza e di qualità dei servizi e delle prestazioni previsti dagli *articoli 10 e 14 del D.Lgs. 502/1992* e dal sistema di garanzia dei LEA.

2. La Giunta regionale individua gli strumenti per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti ai fini del mantenimento dell'accreditamento istituzionale.

3. La Giunta regionale aggiorna i requisiti ulteriori organizzativi e tecnologici richiesti per l'accreditamento ogni qualvolta l'evoluzione tecnologica o normativa lo renda necessario, e aggiorna i requisiti ulteriori strutturali nel caso in cui sia stabilito dalla normativa nazionale.

---

(21) Alinea così modificato dall' *art. 12, comma 1, lettera a), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65*, a decorrere dal 27 dicembre 2017.

---

### **Art. 23** *Organismo tecnicamente accreditante.*

1. È istituito presso l'Agenzia regionale strategica per la salute e il sociale della Regione Puglia l'Organismo tecnicamente accreditante, che deve prevedere al suo interno il supporto tecnico di profili professionali attinenti la specifica struttura o il servizio da accreditare, cui spetta il compito, nell'ambito del processo di accreditamento, della gestione delle verifiche e l'effettuazione della valutazione tecnica necessaria ai fini del rilascio del provvedimento di accreditamento <sup>(22)</sup>.

2. Il regolamento di organizzazione interna e di definizione delle modalità operative dell'attività di verifica dell'Organismo tecnicamente accreditante, di cui all'articolo 29, comma 9, garantisce che l'attività di verifica si svolga nel rispetto dei criteri di trasparenza nella gestione delle attività e di autonomia e terzietà dell'Organismo stesso, rispetto sia alle strutture valutate, sia all'autorità regionale che concede l'accreditamento <sup>(23)</sup>.

3. L'Organismo tecnicamente accreditante, nell'espletamento dell'attività di controllo sulle strutture già accreditate, oltre ai requisiti ulteriori di accreditamento, verifica il possesso dei requisiti minimi di esercizio e segnala ogni eventuale violazione ai fini dell'applicazione delle sanzioni previste dalla presente legge <sup>(24)</sup>.



(22) Comma così modificato dall' [art. 13, comma 1, lettera a\), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

(23) Comma così modificato dall' [art. 13, comma 1, lettera b\), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

(24) Comma così modificato dall' [art. 13, comma 1, lettera c\), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

---

**Art. 24** *Procedure di accreditamento e di verifica dei requisiti.*

1. Le strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, autorizzate all'esercizio dell'attività sanitaria, che intendono chiedere l'accreditamento istituzionale, inoltrano la relativa domanda alla competente sezione regionale. Tali strutture, qualora siano già in possesso alla data di entrata in vigore della presente legge della verifica del fabbisogno territoriale e dell'autorizzazione regionale all'esercizio, ottengono l'accreditamento istituzionale su apposita richiesta e previo esito positivo dell'istruttoria di cui ai commi 2, 3, 4, 5 e 6.

1-bis. I centri diurni di cui all'[articolo 4 del Reg. reg. 27 novembre 2002, n. 7](#) in possesso al 31 dicembre 2017 di parere di compatibilità al fabbisogno regionale di cui all'articolo 7 della presente legge e di autorizzazione all'esercizio, ottengono l'accreditamento istituzionale su apposita richiesta e previo esito positivo dell'istruttoria di cui ai successivi commi del presente articolo. <sup>(26)</sup>

2. Le strutture pubbliche e private, gli IRCCS privati e gli enti ecclesiastici possono richiedere, congiuntamente, il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale con unico procedimento. In tal caso, la verifica del possesso dei requisiti minimi e ulteriori previsti dal regolamento regionale o altra specifica normativa è eseguita dall'Organismo tecnicamente accreditante.

3. Ai fini della concessione dell'accreditamento, il dirigente della sezione regionale competente, verificata la funzionalità della struttura in base agli indirizzi di programmazione regionale come individuati all'atto dell'autorizzazione, in caso di esito positivo, avvia la fase istruttoria entro sessanta giorni dal ricevimento della domanda e chiede la verifica sugli aspetti tecnico-sanitari e il rispetto della disciplina prevista dal CCNL di settore all'Organismo tecnicamente accreditante, il quale trasmette gli esiti entro novanta giorni dal conferimento dell'incarico. Sulla base delle risultanze delle valutazioni effettuate, il dirigente della sezione regionale competente, completata la fase istruttoria e predispone gli atti conseguenti. Gli oneri derivanti dall'attività di verifica sono a carico dei soggetti che richiedono l'accreditamento, secondo tariffe definite dalla Giunta regionale.

4. Il legale rappresentante del soggetto accreditato, fermo restando l'obbligo di cui all'articolo 17, comma 1, entro e non oltre il termine di scadenza di ogni triennio decorrente dalla data di rilascio dell'apposito provvedimento o di riconoscimento per legge dell'accreditamento, rende alla Regione una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà della permanenza del possesso dei requisiti minimi e ulteriori previsti dal regolamento regionale o da altra specifica normativa. Nello stesso termine, il legale rappresentante rende una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di sussistenza di tutte le condizioni essenziali previste dall'articolo 20, comma 2, ai fini dell'accreditamento istituzionale.

L'omessa presentazione delle dichiarazioni sostitutive nel termine previsto, comporta l'applicazione della sanzione pecuniaria stabilita dall'articolo 14, comma 10. Il legale rappresentante del soggetto autorizzato all'esercizio comunica tempestivamente al comune o alla Regione, secondo la competenza stabilita ai sensi dell'articolo 8, e al dipartimento di prevenzione della azienda sanitaria locale territorialmente competente, l'eventuale stato di crisi occupazionale e il dover ricorrere a forme di ammortizzatori sociali, con relazione illustrativa dello stato di crisi e delle misure ad adottarsi. In caso di omessa presentazione della dichiarazione relativa alla sussistenza dei requisiti minimi e ulteriori o di omessa comunicazione prevista dal presente comma, la Regione dispone verifica ispettiva senza preavviso per l'accertamento dei medesimi e di ogni altro presupposto o condizione ai fini del mantenimento dell'accreditamento istituzionale e della sottostante autorizzazione all'esercizio.

5. Il trasferimento di titolarità dell'autorizzazione all'esercizio di una struttura già accreditata ai sensi dell'articolo 9, comma 2, comporta altresì il trasferimento dell'accreditamento in capo al nuovo titolare.

6. Il laboratorio di analisi accreditato può istituire un punto prelievo in una zona carente, come definita dall'articolo 8, comma 7, esclusivamente nel territorio del proprio distretto socio-sanitario ove il laboratorio di analisi ha sede.

6-bis. I soggetti accreditati che operano attraverso più sedi e/o branche specialistiche e che sono titolari anche di un laboratorio analisi, possono attivare, indipendentemente dalla localizzazione e dalla zona carente, ma sempre nei limiti della ASL di appartenenza, punti di prelievo presso le altre strutture dello stesso soggetto giuridico, operando con pari grado autorizzativo rispetto al laboratorio di analisi. <sup>(25)</sup>

---

(25) Comma aggiunto dall' *art. 14, comma 1, L.R. 22 dicembre 2017, n. 65*, a decorrere dal 27 dicembre 2017.

(26) Comma aggiunto dall' *art. 41, comma 1, L.R. 30 novembre 2019, n. 52*, a decorrere dal 30 novembre 2019.

---

**Art. 25** *Autorizzazione all'esercizio e Accredimento istituzionale in unico procedimento.*

1. Nei casi previsti dall'articolo 24, comma 2, e nei casi di ampliamento o trasformazione, come definiti dall'articolo 2, comma 1, lettere a) e b), le strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui all'articolo 5, commi 1 e 2, già autorizzate e accreditate, su apposita istanza e previa acquisizione di autorizzazione alla realizzazione, possono richiedere, congiuntamente, il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale delle nuove attività o funzioni con unico procedimento.

[2. Nei casi di cui al comma 1, la verifica del possesso dei requisiti minimi e ulteriori previsti dal regolamento regionale è eseguita dall'Organismo tecnicamente accreditante <sup>(27)</sup>. ]

---



(27) Comma abrogato dall' [art. 15, comma 1, L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

---

**Art. 26** *Revoca e sospensione dell'accreditamento. Sanzioni.*

1. La Regione può verificare in ogni momento la permanenza dei requisiti stabiliti e delle condizioni previste ai fini dell'accreditamento, nonché l'attuazione delle prescrizioni eventualmente adottate con il provvedimento di accreditamento. Per tale attività di verifica si avvale dell'Organismo tecnicamente accreditante.

2. Ferma restando l'applicazione della [L. 241/1990](#), l'accreditamento è revocato, con conseguente risoluzione dell'accordo contrattuale di cui all'[articolo 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992](#) stipulato con l'azienda sanitaria locale, nei seguenti casi:

- a) venir meno di una delle condizioni di cui all'articolo 20;
- b) carenza di uno o più requisiti ulteriori di accreditamento stabiliti dal regolamento regionale o altra specifica normativa;
- c) violazione grave dell'accordo contrattuale o contratto di cui all'[articolo 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992](#);
- d) violazione degli obblighi retributivi e contributivi nei confronti del personale dipendente e di quelli stabiliti in sede di contrattazione collettiva nazionale, decentrata e integrativa a tutela dei lavoratori.

3. Nei casi di cui al comma 2, lettere b), c) e d), e in ogni altro caso di violazione degli standard quantitativi e qualitativi di accreditamento rimediabili con opportuni interventi, il dirigente della sezione regionale competente, assegna un termine non superiore a novanta giorni entro il quale il soggetto accreditato rimuove le carenze o le cause della violazione, pena la revoca dell'accreditamento.

4. La revoca dell'accreditamento può essere disposta immediatamente, senza invito alla rimozione previsto al comma 3, qualora nei casi di cui al comma 2, lettere b), c) e d) la violazione o la carenza sia grave e continuativa, oppure sia stata reiterata.

5. L'accreditamento è sospeso nei seguenti casi:

- a) mancata stipula degli accordi o contratti i cui schemi siano stati definiti sentite le organizzazioni rappresentative a livello regionale di cui all'[articolo 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992](#), fino alla loro stipula;
- b) sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ai sensi dell'articolo 14.

6. Fatte salve le eventuali responsabilità penali e civili, nonché l'applicazione delle sanzioni di cui all'articolo 14, nelle fattispecie previste dal comma 2, lettere b), c) e d), e in caso di inosservanza dell'obbligo di cui all'articolo 24, comma 4, si applica la sanzione pecuniaria compresa tra un minimo di euro 4 mila e un massimo di euro 40 mila, secondo le modalità stabilite dall'articolo 14, commi 11, 12, 13, 14, 15 e 16.

---

**Art. 27** *Registro dei soggetti accreditati.*

1. È istituito, presso la competente sezione dell'Assessorato regionale alle politiche per la salute, il registro dei soggetti accreditati, distinti per classe di appartenenza della struttura e per tipologia di prestazioni erogabili, il cui aggiornamento viene pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia con periodicità annuale.

2. Ciascuna azienda sanitaria locale pubblica l'elenco dei soggetti accreditati con i quali ha instaurato rapporti, con l'indicazione delle tipologie delle prestazioni e i relativi volumi di spesa e di attività che ciascuno di essi eroga a carico del Servizio sanitario regionale.

---

#### **Art. 28** *Trasferimento definitivo delle strutture accreditate.*

1. L'accredito si intende conferito esclusivamente al soggetto e per la sede della struttura così come risulta dall'atto che lo concede.

2. Il trasferimento definitivo della sede di strutture sanitarie e socio-sanitarie già accreditate è autorizzato, ai fini del mantenimento dell'accredito nella nuova sede, nel termine di sessanta giorni dalla data di presentazione di apposita istanza, dal dirigente della sezione regionale competente. Per gli IRCCS e i presidi ospedalieri di primo e secondo livello, di cui al punto 2 (classificazione delle strutture ospedaliere) dell'[allegato al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70](#) (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), e per le strutture pubbliche, il trasferimento di sede può essere autorizzato entro il territorio dell'azienda sanitaria locale interessata <sup>(30)</sup>.

3. Il predetto trasferimento definitivo in altro comune è autorizzato, anche con riferimento alla localizzazione territoriale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie della medesima tipologia esistenti nel distretto socio-sanitario o nel comune di destinazione e in quello di provenienza, sentito il direttore generale della azienda sanitaria locale interessata, che si pronuncia entro e non oltre il termine di trenta giorni dalla data della richiesta. Tale verifica è effettuata ai sensi dell'[articolo 8-ter del D.Lgs. 502/1992](#) e sostituisce la verifica di compatibilità prevista dagli articoli 7 e 24 della presente legge, rispettivamente, ai fini dell'autorizzazione alla realizzazione per trasferimento e del mantenimento dell'accredito.

4. L'autorizzazione di cui ai commi 2 e 3 è atto propedeutico alla richiesta di autorizzazione alla realizzazione per trasferimento ai sensi del combinato disposto di cui all'articolo 5, comma 1, punto 2.3. e all'articolo 7, nonché all'autorizzazione all'esercizio per trasferimento di cui all'articolo 8.

5. La Regione, entro trenta giorni dal ricevimento dell'istanza di autorizzazione all'esercizio per trasferimento, avvalendosi del dipartimento di prevenzione dell'ASL competente per territorio, dispone la verifica presso la nuova sede dei requisiti minimi di cui al regolamento regionale o altra specifica normativa e previsione della contrattazione collettiva. L'accertamento da parte del dipartimento di prevenzione è effettuato entro sessanta giorni dalla data di conferimento dell'incarico di verifica. Completato l'iter istruttorio, il dipartimento di prevenzione dell'ASL inoltra gli atti degli accertamenti e il parere conclusivo alla Regione, che, in caso di esito favorevole, rilascia l'autorizzazione all'esercizio per trasferimento entro i successivi sessanta giorni <sup>(28)</sup>.

6. La Regione, previa istanza di mantenimento dell'accreditamento presso la nuova sede, avvalendosi dell'Organismo tecnicamente accreditante, verifica il rispetto dei requisiti ulteriori di accreditamento ed entro sessanta giorni dal ricevimento dell'esito favorevole della verifica rilascia il provvedimento di mantenimento dell'accreditamento <sup>(29)</sup>.

---

(28) Comma così sostituito dall' [art. 16, comma 1, lettera a\), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

(29) Comma così sostituito dall' [art. 16, comma 1, lettera b\), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

(30) Comma così modificato dall' [art. 91, comma 1, L.R. 28 dicembre 2018, n. 67](#), a decorrere dal 31 dicembre 2018.

---

### **Art. 29** *Norme transitorie e finali.*

1. In sede di prima applicazione della disposizione di cui all'articolo 16, il legale rappresentante del soggetto già autorizzato all'esercizio alla data di entrata in vigore della presente legge trasmette dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà entro e non oltre il 31 dicembre 2017 e, successivamente, entro il termine di scadenza di ogni quinquennio.

2. Per i soggetti autorizzati all'esercizio in data successiva a quella di entrata in vigore della presente legge la cadenza quinquennale decorre dalla data di rilascio della autorizzazione all'esercizio.

3. In sede di prima applicazione della disposizione di cui all'articolo 24, il legale rappresentante del soggetto già accreditato alla data di entrata in vigore della presente legge trasmette la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà entro e non oltre il 31 dicembre 2017 e successivamente entro il termine di scadenza di ogni triennio.

4. Per i soggetti accreditati in data successiva a quella di entrata in vigore della presente legge la cadenza triennale decorre dalla data di rilascio dell'accreditamento.

5. L'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche, degli enti ecclesiastici e degli IRCCS privati, nonché delle strutture e dei servizi socio-sanitari già in regime di accordo contrattuale con le AASSLL, è disciplinato secondo le seguenti fasi:

a) le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliero-universitarie e gli IRCCS pubblici, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispongono un piano di adeguamento ai requisiti di accreditamento di cui al regolamento regionale. I piani di adeguamento sono approvati dalla Giunta regionale che provvede, con propria deliberazione, ad adottare specifici programmi di attuazione dei piani di adeguamento;

b) gli enti ecclesiastici e gli IRCCS privati, nonché le strutture e i servizi socio-sanitari già in regime di accordo contrattuale con le AASSLL entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispongono un piano di

adeguamento ai requisiti di accreditamento di cui al regolamento regionale, corredato di relativo cronoprogramma.

5-bis. Alle strutture sanitarie, ivi comprese quelle disciplinate dal [Reg. reg. 11 aprile 2017, n. 10](#) (Determinazione dei requisiti strutturali e organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e dei servizi per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e l'assistenza a persone con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze o comunque affette da una dipendenza patologica. Fabbisogno) e a quelle socio sanitarie di cui al successivo comma 6, già contrattualizzate alla data di entrata in vigore della presente legge, che siano interessate da un processo di adeguamento ai nuovi requisiti minimi e ulteriori previsti da sopravvenute norme regionali, sono rilasciati o confermati l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale, previa verifica del possesso dei requisiti organizzativi, fatto salvo l'obbligo di adeguamento dei requisiti strutturali nei termini previsti dalle predette norme e comunque non oltre tre anni dalla data di presentazione dell'istanza congiunta di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 24, comma 2, della presente legge, e salve diverse disposizioni, anche in deroga, dei rispettivi regolamenti <sup>(36)</sup>.

6. Alle seguenti strutture socio-sanitarie di cui al [Reg. reg. 18 gennaio 2007, n. 4](#):

- a) [articolo 57](#) (Comunità socio-riabilitativa);
- b) [articolo 57-bis](#) (Comunità residenziale socio-educativa-riabilitativa dedicata alle persone con disturbi dello spettro autistico);
- c) [articolo 58](#) (Residenza socio-sanitaria assistenziale per diversamente abili);
- d) [articolo 60](#) (Centro diurno socio-educativo e riabilitativo);
- e) [articolo 60-ter](#) (Centro diurno integrato per il supporto cognitivo e comportamentale ai soggetti affetti da demenza);
- f) [articolo 60-quater](#) (Centro socio-educativo e riabilitativo diurno dedicato alle persone con disturbi dello spettro autistico);
- g) [articolo 66](#) (Residenza sociosanitaria assistenziale per anziani);
- h) [articolo 70](#) (Casa famiglia o case per la vita per persone con problematiche psicosociali);
- i) [articolo 88](#) (Servizio di assistenza domiciliare integrata) <sup>(31)</sup>;
- i-bis) [articolo 67](#) (Residenza sociale assistenziale per anziani), continuano ad applicarsi relativamente alle RSA e alle RSSA contrattualizzate, esclusivamente gli standard di personale previsti dal [Reg. reg. 13 gennaio 2005, n. 3](#) (Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie) e dal [Reg. reg. 18 gennaio 2007, n. 4](#) (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia), nonché le disposizioni previste nella [legge regionale 10 luglio 2006, n. 19](#) (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia), fino all'entrata in vigore dell'apposito regolamento che individua:
  - 1) il fabbisogno regionale di strutture;
  - 2) i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio;
  - 3) i requisiti per l'accreditamento istituzionale <sup>(32)</sup>.

7. Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore della presente legge e l'entrata in vigore del regolamento di cui al comma 6, le istanze di autorizzazione al funzionamento, presentate ai sensi dell'[articolo 49 della L.R. 19/2006](#) per le strutture socio-sanitarie sopra elencate, sono dichiarate inammissibili. Sono fatte salve le istanze di autorizzazione al funzionamento relative alle strutture di cui al comma 6 realizzate dalle AASSLL, dai comuni o dalle aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP), o dai soggetti privati con il contributo del Fondo europeo di

sviluppo regionale (FESR), della Regione e/o dei comuni, o quelle relative al completamento e alla trasformazione di strutture socioassistenziali già operanti alla data di entrata in vigore della presente legge che siano in possesso dei pareri positivamente espressi dagli organi competenti, rilasciati antecedentemente alla medesima data di entrata in vigore della presente legge <sup>(33)</sup>.

7-bis. Sono fatte salve, altresì, le istanze di autorizzazione alla realizzazione o alla ristrutturazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie con mezzi propri presentate dai privati alla data del 31 dicembre 2017 che alla data di entrata in vigore del regolamento di cui al comma 6 sono state autorizzate, ovvero per le quali è decorso, senza diniego, il termine previsto dalla legge per il rilascio. I relativi posti letto, al fine delle autorizzazioni all'esercizio, rientrano nel fabbisogno determinato dallo stesso regolamento, in corso di approvazione, anche se in esubero <sup>(35)</sup>.

8. Dalla data di entrata in vigore del regolamento per le strutture e servizi per la cura, la riabilitazione e l'assistenza a persone con problemi di dipendenza patologica, è abrogata la [legge regionale 9 settembre 1996, n. 22](#) (Criteri relativi alla regolamentazione dei rapporti con gli enti ausiliari che operano nel settore delle tossicodipendenze).

9. Nelle more dell'adozione del regolamento di organizzazione interna e di definizione delle modalità operative dell'attività di verifica dell'Organismo tecnicamente accreditante, da adottarsi entro il termine di sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il dirigente della sezione regionale competente o il comune, nelle ipotesi di cui all'articolo 28, per la valutazione degli aspetti tecnico-sanitari di cui all'articolo 24, comma 3, si avvale dei dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali, garantendo il rispetto di criteri di rotazione e di appartenenza ad ambiti territoriali aziendali diversi rispetto a quello di ubicazione della struttura da accreditare.

10. Le strutture di specialistica ambulatoriale odontoiatrica e gli studi odontoiatrici già operanti nel territorio devono conformarsi alla nuova disciplina entro e non oltre due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

10-bis. Dalla data di entrata in vigore del presente comma sono dichiarate inammissibili le istanze di autorizzazione alla realizzazione e di autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie di cui all'[articolo 5, comma 1, punto 1.2.7.](#) fino all'entrata in vigore del regolamento regionale che individua il fabbisogno regionale di dette strutture, da adottarsi entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente disposizione. Sono fatte salve le istanze di autorizzazione alla realizzazione e di autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie di cui all'[articolo 5, comma 1, punto 1.2.7.](#) già previste in atti di programmazione regionale <sup>(34)</sup>.

10-ter. Le autorizzazioni sanitarie all'esercizio concesse in precedenza alla data di entrata in vigore del presente comma restano valide, fermo restando l'adeguamento alla nuova disciplina da effettuarsi entro due anni, secondo quanto previsto al comma 10 del presente articolo <sup>(34)</sup>.

10-quater. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 26, comma 4, nelle ipotesi di cui al comma 3 del medesimo articolo, i provvedimenti di revoca dell'accreditamento istituzionale adottati ai sensi del previgente [articolo 27 della legge regionale 28 maggio 2004, n. 8](#) (Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private), senza previo invito alla rimozione delle carenze o della violazione, per i quali siano pendenti giudizi

non ancora definiti alla data di entrata in vigore della presente norma, devono intendersi revocati <sup>(37)</sup>.

---

(31) Lettera così sostituita dall' [art. 17, comma 1, lettera a\), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

(32) Lettera aggiunta dall' [art. 17, comma 1, lettera b\), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

(33) Comma così sostituito dall' [art. 17, comma 1, lettera c\), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

(34) Comma aggiunto dall' [art. 17, comma 1, lettera d\), L.R. 22 dicembre 2017, n. 65](#), a decorrere dal 27 dicembre 2017.

(35) Comma inserito dall' [art. 6, comma 1, lettera a\), L.R. 3 dicembre 2018, n. 53](#), a decorrere dal 6 dicembre 2018.

(36) Comma aggiunto dall' [art. 67, comma 1, L.R. 28 dicembre 2018, n. 67](#), a decorrere dal 31 dicembre 2018.

(37) Comma aggiunto dall' [art. 59, comma 1, L.R. 28 dicembre 2018, n. 67](#), a decorrere dal 31 dicembre 2018.

---

### **Art. 30** *Clausola valutativa.*

1. La Giunta regionale, acquisita la relazione del direttore del Dipartimento promozione della salute del benessere sociale e dello sport per tutti, entro il secondo anno dalla data di entrata in vigore della presente legge e, successivamente, con cadenza biennale, riferisce al Consiglio regionale sulla sua attuazione e in particolare su:

- a) effetti sulle variazioni numeriche e tipologia dei contenziosi;
  - b) applicazione del sistema sanzionatorio in relazione alla violazione delle disposizioni dettate.
- 

### **Art. 31** *Abrogazioni.*

1. Con l'entrata in vigore della presente legge sono abrogati:

- a) la [legge regionale 28 maggio 2004, n. 8](#) (Disciplina in materia di autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio dell'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private);
- b) il comma 1 dell'[articolo 16 della legge regionale 4 agosto 2004, n. 14](#) (Assestamento e prima variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2004);
- c) l'[articolo 16 della legge regionale 12 gennaio 2005, n. 1](#) (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2005 e bilancio pluriennale 2005-2007 della



Regione Puglia);

d) *l'articolo 17 della legge regionale 12 agosto 2005, n. 12* (Seconda variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2005);

e) *l'articolo 12 della legge regionale 9 agosto 2006, n. 26* (Interventi in materia sanitaria);

f) *l'articolo 6 della legge regionale 19 febbraio 2008, n. 1* (Disposizioni integrative e modifiche della *legge regionale 31 dicembre 2007, n. 40* "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2008 e bilancio pluriennale 2008-2010 della Regione Puglia" e prima variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2008);

g) *l'articolo 8 della legge regionale 23 dicembre 2008, n. 45* (Norme in materia sanitaria);

h) *l'articolo 38 della legge regionale 30 aprile 2009, n. 10* (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2009 e bilancio pluriennale 2009-2011 della Regione Puglia);

i) *l'articolo 4 della legge regionale 25 febbraio 2010, n. 4* (Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali);

j) la *legge regionale 1° febbraio 2013, n. 3* (Modifica e integrazione dell'*articolo 27 della legge regionale 28 maggio 2004, n. 8* "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private");

k) *gli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge regionale 17 giugno 2013, n. 14* (Modifiche e integrazioni alla *legge regionale 28 maggio 2004, n. 8* in materia di trasferimento definitivo in altra sede di strutture sanitarie e socio-sanitarie autorizzate e/o accreditate. Modifiche all'*articolo 2 della legge regionale 23 dicembre 2008, n. 45*. Abrogazione del *Reg. reg. 30 luglio 2009, n. 18*);

l) *gli articoli 15 e 16 della legge regionale 30 dicembre 2013, n. 45* (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2014 e bilancio pluriennale 2014-2016 della Regione Puglia).

La presente legge è dichiarata urgente e sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione ai sensi e per gli effetti dell'*articolo 53, comma 1, della legge regionale 12 maggio 2004, n. 7* "Statuto della Regione Puglia" ed entrerà in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione.

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

Puglia

Reg. reg. 28-1-2020 n. 2

Regolamento regionale di modifica al Reg. reg. 21 gennaio 2019, n. 5 "Assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti disabili - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per disabili - Centro diurno socioeducativo e riabilitativo per disabili".

Publicato nel B.U. Puglia 31 gennaio 2020, n. 14.

## **Reg. reg. 28 gennaio 2020, n. 2 <sup>(1)</sup>.**

**Regolamento regionale di modifica al [Reg. reg. 21 gennaio 2019, n. 5](#) "Assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti disabili - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per disabili - Centro diurno socioeducativo e riabilitativo per disabili".**

---

(1) Publicato nel B.U. Puglia 31 gennaio 2020, n. 14.

---

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE:

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

**VISTO** l'[art. 42, comma 2, lett. c\) della L.R. 12 maggio 2004, n. 7](#) "Statuto della Regione Puglia";

**VISTO** l'[art. 44, comma 2, della L.R. 12 maggio 2004, n. 7](#) "Statuto del Regione Puglia" così come modificato dalla [L.R. 20 ottobre 2014, n. 44](#);

**VISTA** la Delibera di Giunta Regionale n. 2444 del 30 dicembre 2019 di adozione del Regolamento;

EMANA IL SEGUENTE REGOLAMENTO

---

### **Art. 1**

1. All'[art. 9](#) "DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO", al comma 3 dopo le parole: "*Le strutture Comunità socioriabilitativa ex art. 57 Reg. reg. n. 4/2007 e s.m.i. già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento possono optare per la scelta di riconvertirsi in strutture sociosanitarie -nucleo di assistenza residenziale mantenimento di tipo B per persone disabili non gravi o privi del sostegno familiare*"

Sono aggiunte le parole

*"fatto salvo quanto previsto nel successivo art. 10"*



## Art. 2

1. All'[art. 10](#) "FABBISOGNO PER L'ACCREDITAMENTO", al comma 3 dopo la lettera i) aggiungere le seguenti parole:

ii) fatti salvi i posti letto di Comunità socioriabilitativa ex art. [57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale con la ASL che alla data di entrata in vigore del [Reg. reg. n. 4/2019](#) sono occupati da pazienti ai quali la ASL riconosce la quota sanitaria

iii) fatti salvi ulteriori n. 86 posti letto di RSA mantenimento disabili gravi che integrano il fabbisogno provinciale della ASL BA ed ulteriori n. 94 posti letto di RSA mantenimento disabili gravi che integrano il fabbisogno provinciale della ASL FG. Tale fabbisogno si assegna con le seguenti modalità:

a) quanto al fabbisogno provinciale della ASL BA:

> alle RSSA ex art. [58 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del [Reg. reg. n. 5/2019](#) e non contrattualizzate con la ASL, nel limite di un nucleo da n. 20 posti letto;

b) quanto al fabbisogno provinciale della ASL FG:

> per una quota pari a n. 41 posti letto, alle RSSA ex art. [58 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del [Reg. reg. n. 5/2019](#) e non contrattualizzate con la ASL, nel limite di un nucleo da n. 20 posti letto;

> per una quota pari a n. 53 posti letto, alle RSSA ex art. [58 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con la ASL alla data di entrata in vigore del [Reg. reg. n. 5/2019](#), a raggiungimento del numero di posti oggetto dell'accordo contrattuale;

> per una quota pari a n. 8 posti letto, alle Comunità socioriabilitative ex art. [57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con la ASL alla data di entrata in vigore del [Reg. reg. n. 5/2019](#), a raggiungimento del numero di posti oggetto dell'accordo contrattuale;

2. All'[art. 10](#) "FABBISOGNO PER L'ACCREDITAMENTO", il comma 4 viene sostituito dal seguente:

"4. I posti letto, di cui al fabbisogno del presente articolo, di RSA di mantenimento- nuclei di tipo B per persone disabili con moderato impegno assistenziale o disabili privi di sostegno familiare sono attribuiti alle Comunità socioriabilitative ex art. [57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. a) già autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento b) già autorizzate al funzionamento e con posti letto occupati da pazienti ai quali la ASL riconosce la quota sanitaria alla data di entrata in vigore del [Reg. reg. n. 5/2019](#), mediante riconversione del corrispondente numero di posti già autorizzati al funzionamento, ai sensi del successivo art. 12. I posti letto di RSA di mantenimento di tipo B sono assegnati alle predette strutture in egual numero. Gli ulteriori posti letto oggetto di accordo contrattuale o occupati da pazienti ai quali la ASL riconosce la quota sanitaria sono riconvertiti in posti di RSA di mantenimento -nuclei di tipo A per disabili gravi in aggiunta al fabbisogno di RSA- NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO A PER PERSONE DISABILI GRAVI di cui alla tabella riportata al comma 1."

3. All'[art. 10](#) "FABBISOGNO PER L'ACCREDITAMENTO", al comma 5 dopo le parole: "la restante quota di posti letto disponibili di RSA nuclei di prestazioni di

*mantenimento per disabili gravi" sono eliminate le seguenti parole "e nuclei di mantenimento per disabili non gravi"*

4. All'[art. 10](#) "FABBISOGNO PER L'ACCREDITAMENTO", al comma 5.1 le parole: *"mediante distribuzione su base distrettuale in base alla popolazione residente"* sono sostituite con le seguenti:

*"alle RSSA ex art. 58 autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del [Reg. reg. n. 5/2019](#), mediante distribuzione di massimo un nucleo di n. 20 posti letto per struttura, nel limite dei posti oggetto di autorizzazione al funzionamento."*

---

### **Art. 3**

All'[art. 12](#) "NORME TRANSITORIE" del [Reg. reg. 21 gennaio 2019, n. 5](#) dopo il punto 12.8 è aggiunto il seguente:

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

*1. I posti letto di Comunità socioriabilitativa ex art. 57 [Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale e occupati da pazienti ai quali la ASL riconosce la quota sanitaria alla data di entrata in vigore del [Reg. reg. n. 4/2019](#), di cui al comma 3, lettera ii. dell'[art. 10](#) sono convertiti in posti letto di mantenimento per disabili di tipo A e B, tenuto conto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal presente regolamento.*

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

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

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

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

*a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;*  
*b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici. In deroga al precedente punto b), le strutture di cui al comma 1 del presente paragrafo possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.*

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

*6. Entro i trenta giorni successivi alla scadenza di ciascuno di tali termini, a pena*

*di decadenza dell'autorizzazione al funzionamento, il legale rappresentante della struttura invia al competente Servizio regionale un'autocertificazione attestante il possesso dei requisiti, ai fini dell'avvio delle attività di verifica.*

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

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

*9. Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del [Reg. reg. n. 4/2019](#) e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di conversione di cui al presente articolo [12.9](#), le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accreditamento relative ai posti letto di Comunità socioriabilitativa di cui al presente paragrafo sono inammissibili."*

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

---

---

Puglia

Reg. reg. 18-11-2019 n. 22

Regolamento regionale sulle prestazioni ambulatoriali erogate dai Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste - Modifica al Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12.

Publicato nel B.U. Puglia 21 novembre 2019, n. 134, Supplemento.

## **Reg. reg. 18 novembre 2019, n. 22 <sup>(1)</sup>.**

**Regolamento regionale sulle prestazioni ambulatoriali erogate dai Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste - Modifica al [Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12](#).**

---

(1) Publicato nel B.U. Puglia 21 novembre 2019, n. 134, Supplemento.

---

### IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

**VISTO** l'[art. 42, comma 2, lett. c\) della L.R. 12 maggio 2004, n. 7](#) "Statuto della Regione Puglia";

**VISTO** l'[art. 44, comma 2, della L.R. 12 maggio 2004, n. 7](#) "Statuto del Regione Puglia" così come modificato dalla [L.R. 20 ottobre 2014, n. 44](#);

**VISTA** la Delibera di Giunta Regionale n. 254 del 15 febbraio 2019 di adozione del Regolamento;

Emana

### IL SEGUENTE REGOLAMENTO

---

**Art. 1** *Prestazioni ambulatoriali erogate dai presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste.*

I Nuclei di riabilitazione ambulatoriale rientrano nei Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste definiti dal [Reg. reg. del 16 aprile 2015, n. 12](#) e s.m.i.

Il Nucleo di riabilitazione ambulatoriale eroga prestazioni di riabilitazione ad utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, elevato grado di disabilità nelle ADL che richiedono un team multi professionale (almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione, compreso il medico specialista in riabilitazione o in NPIA) che effettui una presa in carico omnicomprensiva nel lungo termine mediante un Progetto Riabilitativo Individuale in caso di adulto, o un Programma Terapeutico e Abilitativo/Riabilitativo personalizzato nel caso di soggetti in età evolutiva, che preveda molteplici programmi terapeutici, con una durata complessiva dei trattamenti giornalieri di almeno 90 minuti.

Per disabilità complessa s'intende la disabilità con alterazione di più funzioni secondarie a lesioni del SNC, a polineuropatie gravi, a traumi fratturativi interessanti almeno due arti o un arto e la colonna vertebrale, a patologia reumatica infiammatoria cronica non degenerativa (AR, connettiviti), a patologia oncologica.

La riabilitazione ambulatoriale viene prescritta, erogata e retribuita per giornata di assistenza. Tutte le prestazioni riabilitative ambulatoriali erogate allo stesso paziente nell'arco della medesima giornata costituiscono un'unica prestazione riabilitativa ambulatoriale (n. 1 accesso). In nessun caso al paziente può essere attribuito più di n. 1 accesso/pro die.

Le modalità di accesso al percorso riabilitativo ambulatoriale sono le seguenti:

- Per accedere alle prestazioni di cura presso i Nuclei di riabilitazione ambulatoriale, il MMG/PLS dell'assistito invia una richiesta finalizzata all'attivazione dell'intervento riabilitativo al Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione o al Servizio di NPIA della ASL di residenza del paziente;
- Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, competente per i soggetti adulti, oppure il Servizio di NPIA di residenza dell'assistito, competente per i soggetti in età evolutiva, per il tramite delle proprie articolazioni periferiche, procedono alla valutazione sanitaria e, ove lo ritengano necessario, redigono su apposito modulo del quale va consegnata copia allo stesso paziente il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) nel caso di soggetti adulti, oppure il Programma Terapeutico e Abilitativo/Riabilitativo nel caso di soggetti in età evolutiva;
- Una volta in possesso della prescrizione, il paziente potrà rivolgersi per le cure del caso ai centri ambulatoriali di riabilitazione o ai servizi di NPIA pubblici, o in subordine, nel caso la presa in carico non possa essere effettuata entro 30 giorni dal rilascio della prescrizione, ai Nuclei di riabilitazione ambulatoriale privati accreditati con il SSR e che hanno sottoscritto apposito contratto per questa tipologia di prestazioni riabilitative;
- Entro i 10 giorni precedenti alla conclusione del progetto/programma riabilitativo rilasciato dalla ASL, laddove il paziente necessiti di proseguire le cure riabilitative, il Nucleo ambulatoriale che ha erogato il trattamento, al fine di evitare l'interruzione del percorso riabilitativo, chiede la proroga al Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione o al Servizio di NPIA della ASL di residenza dell'assistito;
- Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione o il Servizio di NPIA della ASL di residenza dell'assistito, per il tramite delle proprie articolazioni periferiche, procedono a nuova valutazione sanitaria del caso e, ove lo ritengano necessario, redige nuova prescrizione su apposito modulo del quale va consegnata copia allo stesso paziente.
- Decorso inutilmente il termine dei 10 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata. Resta impregiudicata l'attività di verifica

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

---

**Art. 2** *Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste che erogano prestazioni ambulatoriali.*

**2.1 Requisiti minimi per 1 unità funzionale di 40 pazienti/pro die con 36 ore di apertura settimanale, articolata su 5 gg a settimana.**

### 2.1.1 Standard dimensionali e strutturali

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

La superficie totale utile dell'unità funzionale non può essere inferiore a 300 mq.

Le **porte** devono possedere caratteristiche tali da limitare l'ingombro durante l'apertura (P. es. porte scorrevoli, rototranslanti ..). Le porte di accesso a camere, bagni o ambienti con spazi di manovra ridotti devono aprire verso l'esterno anche per consentire il soccorso a pazienti in caso di caduta.

Quando la porta apre verso vie di fuga o uscite di emergenza il senso di apertura deve essere verso l'esodo. La luce netta della porta deve essere di misura tale da consentire il passaggio di carrozzine.

I **pavimenti** devono avere una superficie antisdrucchiolo e non presentare dislivelli, asperità, sconnessioni e gradini nelle aree utilizzate dai degenti.

Nelle aree di transito comuni a degenti e visitatori eventuali dislivelli devono essere eliminati con brevi rampe a bassa pendenza (max 4-5%).

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

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

### 2.1.2 Servizi di nucleo funzionale

Devono essere presenti per ciascun nucleo:

- locale di servizio per il personale con annessi servizi igienici;
- almeno n. 2 bagni per disabili;
- locale deposito materiale sporco (articolato per piano);
- locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, etc. (articolato per piano);

- servizio igienico per i visitatori/accompagnatori;

### 2.1.3 Area destinata alla valutazione e alle terapie

Tale area, deve prevedere:

- studio medico attrezzato per visite e valutazioni specifiche la cui superficie non deve essere inferiore a 16 mq;
- locali per l'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione la cui superficie non deve essere inferiore a 16 mq ciascuno.

Nello specifico:

- n. 1 locale per valutazione psico-diagnostica;
- n. 3 locali per fisiokinesiterapia;
- n. 1 locale per terapia occupazionale;
- n. 1 locale per neuro psicomotricità (solo per il Nucleo per età evolutiva);
- n. 1 locale per terapia del linguaggio;
- n. 1 palestra con attrezzature e presidi necessari per le specifiche attività riabilitative previste di dimensione non inferiore a 70 mq;
- n. 1 locale per l'attività infermieristica la cui superficie non deve essere inferiore a 16 mq;

### 2.1.4 Aree generali e di supporto

Tale area, che deve essere opportunamente individuata ed indicata all'interno della struttura, può servire anche diverse unità funzionali di assistenza ambulatoriale.

Devono essere previsti:

- ingresso con portineria, telefono;
- uffici amministrativi;
- archivio per la documentazione clinica e amministrativa;
- sala riunioni;
- spogliatoi per il personale con annessi servizi igienici;
- deposito pulito;
- deposito sporco;
- servizio di pulizia (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo stoccaggio attrezzi e materiale vario).

In caso di strutture organizzate a più nuclei per piano, ogni ala della struttura deve essere dotata di un ascensore che garantisca l'accesso ad almeno una carrozzina ed un operatore.

Nel caso in cui la struttura sia ubicata nello stesso corpo di fabbrica ove insistono anche nuclei di assistenza riabilitativa in regime residenziale/semiresidenziale, le **aree generali e di supporto** possono essere in comune.

## 2.2 REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Tutti gli ambienti delle varie aree e servizi devono essere dotati di impianto di riscaldamento e di condizionamento.

In ogni struttura è presente e accessibile il carrello per la gestione delle emergenze/urgenze, completo di defibrillatore, saturimetro, materiale per l'assistenza respiratoria [pallone AMBU (Assistant Manual Breathing Unit),



maschere facciali e orofaringee], sfigmomanometro, fonendoscopio, laccio emostatico, siringhe, materiale per medicazione e farmaci di pronto intervento previsti dalla normativa vigente.

Devono essere presenti:

**a -Attrezzature generiche**

- 1 sollevatore pazienti elettrico con diverse tipologie di imbragature;
- almeno 2 carrozzine;
- disponibilità di cuscini antidecubito;

**b -Attrezzature per la valutazione in fisioterapia**

- dispositivi per valutazioni dinamometriche;
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità motorie;
- apparecchio per saturimetria transcutanea;

**c -Dotazioni per il trattamento in fisioterapia**

- n. 3 lettini elettrici per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 100 minimi x 200 x 44/85 h);
- n. 2 letti di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85 h) (Bobath);
- n. 2 letti di verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile;
- n. 2 lettini per masso-fisioterapia strumentale con testata ad inclinazione regolabile (cm 180 x 70 x 75/80 h);
- n. 4 materassini per cinesiterapia a pavimento;
- n. 4 specchi a muro per cinesiterapia;
- n. 2 bilance con quadrante basso;
- n. 1 scala modulare per rieducazione motoria;
- deambulatori ad altezza regolabile tipo "walker";
- deambulatori ad altezza regolabile tipo "rollator";
- ausili vari per la deambulazione (bastoni, tripodi, etc.);
- n. 1 cicloergometro e/o n. 1 tapis roulant;
- piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva;
- serie di sussidi per l'esercizio terapeutico manipolativo funzionale;
- serie di ausili per il rinforzo muscolare;
- n. 2 spalliere svedese;
- serie di bastoni per cinesiterapia;
- cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme;
- 1 maxicilindro (cm 100 x 85 dim);
- tavolo ergoterapico ad altezza ed inclinazione variabile ad uno o più segmenti;
- sedie e sgabelli vari;
- apparecchio elettrostimolatore per muscolatura normale e denervata;
- apparecchio per terapia antalgica;
- Attrezzature tecnologicamente avanzate per il recupero neuromotorio;

**d -Dotazioni per la valutazione e il trattamento in logopedia**

- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione/trattamento del linguaggio, della voce, della sordità, delle turbe neuropsicologiche e della deglutizione;
- la dotazione minima per l'ambiente dedicato alla logopedia deve prevedere anche:

- Tavolo con due sedie
- Armadi per riporre strumenti e materiali

### **e -Dotazioni per valutazione e trattamento in terapia occupazionale**

- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità, interessi lavorativi e capacità lavorative residue, funzioni psico-intellettive, capacità fisiche ed esecutive.

La dotazione minima dell'ambiente dedicato alla terapia occupazionale deve prevedere:

- Pannello a parete posizionabile ad altezze variabili con sussidi per la simulazione di attività quotidiane
  - Sussidi da tavolo per la simulazione di attività quotidiane
  - Giochi con pedine, dadi o altre forme in metallo o legno per gesti finalizzati a incrementare la concentrazione, la memoria, le abilità finimotorie, il coordinamento oculomotorio le capacità sensoriali.
  - Tavolo per la terapia occupazionale regolabile in altezza e con piano inclinabile, dotato di sistema di ancoraggio del braccio e della mano per il miglior controllo posturale della testa e del tronco.
  - Armadi per riporre strumenti e materiali

### **f -Dotazioni per valutazione e trattamento in riabilitazione cognitiva e psicomotoria**

La dotazione minima dell'ambiente dedicato alla riabilitazione cognitiva e psicomotoria deve prevedere:

- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle funzioni cognitive e psicomotorie.

La dotazione testistica deve essere appropriata per le valutazioni nell'età evolutiva e nell'adulto:

- sussidi manuali ed elettronici per la riabilitazione delle funzioni cognitive e psicomotorie.
  - Tavolo con due sedie
  - Armadi per riporre strumenti e materiali
  - Kit di riabilitazione cognitiva non informatizzato.
  - Strumenti informatici (hardware e software) adatti allo svolgimento di esercizi di riabilitazione cognitiva (esercizi di riconoscimento, riordino, classificazione, associazione, attenzione, calcolo, orientamento, riproduzione di modelli, pianificazione, analisi di situazioni, problem solving etc.)

## **2.3 - REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**

Il ruolo di Responsabile sanitario del Presidio di Recupero e Riabilitazione funzionale è affidato a un medico in possesso dei requisiti di cui all'[art. 12 della L.R. n. 9/2017](#) e s.m.i.

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

Il Responsabile sanitario del Presidio di Recupero e Riabilitazione ed il personale medico sono costituiti da medici specialisti in riabilitazione. Per medico specialista

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

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

Nel caso in cui il Presidio di Recupero e Riabilitazione sia costituito esclusivamente da Nuclei per l'età evolutiva, il Responsabile di Presidio ed il personale medico dovranno essere costituiti da medici specialisti in Neuropsichiatria dell'infanzia ed adolescenza.

Per ciascun Nucleo di riabilitazione ambulatoriale deve essere prevista e garantita la presenza di un Medico specialista della Riabilitazione (cfr. Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10/02/2011) (età adulta) o di un Medico specialista in Neuropsichiatria infantile (età evolutiva) per 38 ore settimanali che:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature e degli impianti;
- vigila sulla puntuale osservanza delle norme igienico sanitarie, sulla efficienza e sicurezza dello strumentario;
- garantisce la regolare presenza del personale;
- è responsabile della predisposizione per ciascun paziente del Progetto Riabilitativo Individuale o del Programma terapeutico abilitativo-riabilitativo e della sua regolare erogazione ed archiviazione;
- vigila sull'aggiornamento tecnologico e formativo in funzione delle disabilità trattate e delle necessità identificate dall'equipe della struttura;
- provvede all'aggiornamento delle metodiche.

La tipologia delle figure professionali ed il debito orario variano a seconda di quanto previsto specificatamente per le diverse tipologie di Nuclei ambulatoriali e dettagliati nelle tabelle di seguito riportate.

Tutto il personale operante nel Presidio di Recupero e Riabilitazione Funzionale ambulatoriale deve essere in possesso delle necessarie qualificazioni professionali prevista per gli operatori del SSN, ovvero, nel rispetto della normativa vigente, deve essere in possesso di titolo di studio idoneo per l'accesso ai ruoli sanitari del Servizio sanitario Nazionale.

Tutto il personale operante nella struttura previsto nelle tabelle di cui all'articolo 3.3 deve essere assunto a tempo indeterminato. Le assunzioni a tempo determinato saranno ammesse per provvedere a sostituzioni di personale in organico a seguito di assenze giustificate e previste dalla normativa in materia di tutela dei lavoratori.

Il personale operante nella struttura deve essere garantito, in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna figura professionale, fermo restando che il personale assunto deve essere a tempo indeterminato ed il numero delle varie figure professionali deve essere sufficiente a garantire il debito orario a tempo pieno (38 ore sett. per il medico, 36 ore sett. per le altre figure professionali).

Il personale medico è composto da medici specialisti in riabilitazione o in NPJA nel caso di Nucleo per l'età evolutiva.

Presso il Presidio di riabilitazione, comprendente uno o più Nuclei di riabilitazione ambulatoriale, deve essere presente un medico con abilitazione BLSD (Basic Life Support & Defibrillation) e ILS (Immediate Life Support). Il Presidio di riabilitazione trasmette l'elenco della dotazione organica al competente Servizio regionale opportunamente dettagliato con i nominativi degli operatori, la qualifica professionale, il titolo di studio, la data di assunzione e la tipologia del contratto con il debito orario.

Per ogni utente è:

- redatto il Progetto Riabilitativo Individuale o il Progetto Terapeutico-abilitativo per l'età evolutiva;
- compilata la cartella clinica che deve contenere i dati relativi al paziente (anagrafici, operatori di riferimento, diagnosi, valutazione sociale), il Progetto Riabilitativo Individuale o il Progetto Terapeutico-Abilitativo per l'età evolutiva, i risultati degli strumenti di valutazione utilizzati, le verifiche con l'indicazione dei risultati raggiunti e la motivazione della chiusura del progetto; in cartella sono registrate le eventuali assenze dell'utente dalla struttura, con la relativa motivazione.

Nello specifico:

- **il Medico specialista in riabilitazione** è responsabile della redazione del PRI.
- **il Medico specialista in NPJA** è responsabile della redazione del PTAR (Progetto Terapeutico-Abilitativo/Riabilitativo per l'età evolutiva).

Qualsiasi trattamento riabilitativo non può avere decorrenza da data precedente alla redazione del PRI o PTAR. La redazione del PRI o PTAR e le valutazioni specialistiche finalizzate al conseguimento degli obiettivi riabilitativi, anche attraverso la compilazione di scale, da parte del medico responsabile devono essere puntualmente documentati in cartella.

- per i **Fisioterapisti - Logopedisti - Terapisti Occupazionali- Terapisti della Neurosicomotricità dell'età evolutiva**: l'intervento riabilitativo deve essere erogato da tali figure professionali nel rapporto terapeuta/paziente 1:1. L'impegno orario di tali figure professionali deve essere documentato nella cartella riabilitativa e controfirmato dal paziente, come da modulo di trattamento riabilitativo di cui all'allegato A al presente regolamento.

Qualora il paziente sia impedito, il modulo verrà controfirmato dal Direttore sanitario.

- per **l'Assistente Sociale - Psicologo**: l'impegno orario di tali figure professionali deve essere documentato nella cartella riabilitativa.

L'organizzazione garantisce all'ospite:

- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose;
- prestazioni infermieristiche;
- prestazioni riabilitative;
- prestazioni di aiuto personale;

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

- la mission;
- la dotazione del personale con le rispettive attribuzioni/compiti;
- le norme igienico sanitarie;
- le finalità ed i metodi riabilitativi e abilitativi;
- l'indicazione delle modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal SSR;
- le modalità di raccolta dei reclami e/o dei suggerimenti per il miglioramento della qualità della struttura.

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

I Presidi di Riabilitazione assolvono al debito informativo nei confronti della Regione, delle ASL e delle UVARP e aderiscono al Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

---

**Art. 3** *Requisiti specifici strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei presidi territoriali di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali che erogano prestazioni ambulatoriali.*

### **3.1 REQUISITI SPECIFICI STRUTTURALI**

Sono confermati i requisiti descritti nell'art. 2.1 *Requisiti minimi strutturali.*

### **3.2 REQUISITI SPECIFICI TECNOLOGICI**

Sono confermati i requisiti descritti nell'art. 2.2 *Requisiti minimi tecnologici.*

### **3.3 - REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI**

Il Nucleo di riabilitazione ambulatoriale eroga prestazioni ambulatoriali per almeno 6 ore giornaliere e per 5 giorni alla settimana.

È garantita, per ogni paziente, la predisposizione del Progetto Riabilitativo Individuale o il Progetto Terapeutico-abilitativo per l'età evolutiva, con gli specifici programmi e tempi di realizzazione previsti.

Per ogni Nucleo di riabilitazione ambulatoriale per l'**ETÀ ADULTA** (n. 40 pazienti/die), è garantita la presenza del seguente personale:

- medico responsabile del Nucleo;
- medici specialisti in riabilitazione;
- psicologi;
- assistenti sociali;
- professionisti sanitari della riabilitazione;
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.
- personale amministrativo.

Per ogni Nucleo di riabilitazione ambulatoriale per l'**ETÀ EVOLUTIVA** (n. 40 pazienti/die), è garantita la presenza del seguente personale:

- medico responsabile del Nucleo;
- medici specialisti in neuropsichiatria infantile o medicina fisica e riabilitativa;
- psicologi;
- assistenti sociali;
- professionisti sanitari della riabilitazione;
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.
- personale amministrativo.

Lo standard minimo di personale per n. 1 Nucleo di riabilitazione ambulatoriale per **L'ETÀ ADULTA** (n. 40 pazienti/die) è quello di seguito riportato:

<b>Nucleo funzionale di assistenza AMBULATORIALE Per ADULTI (N. 40 PAZIENTI pro die per 5 gg/settimana)</b>			
FIGURE PROFESSIONALI	N. UNITÀ	min. di assist./Paz/die	min. di terapia riabil./paz/die
MEDICO SPECIALISTA FISIATRA	1	11	11
FISIOTERAPISTA	6	65	90
LOGOPEDISTA	1,3	14	
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	1	11	
OSS	2	21	
PSICOLOGO	6 ore/sett.	2	2
ASSISTENTE SOCIALE	6 ore/sett.	2	2
AMMINISTRATIVO	6 ore/sett.	2	
<b>TOTALE MINUTI DI ASSISTENZA</b>		<b>128</b>	<b>105</b>

Lo standard minimo di personale per n. 1 nucleo funzionale di assistenza ambulatoriale per **L'ETÀ EVOLUTIVA** (n. 40 pazienti/die) è quello di seguito riportato:

<b>Nucleo funzionale di assistenza AMBULATORIALE Per ETÀ EVOLUTIVA (N. 40 PAZIENTI pro die per 5 gg/settimana)</b>			
FIGURE PROFESSIONALI	N. UNITÀ	min. di assist./Paz/die	min. di terapia riabil./paz/die
NEUROPSICHIATRA INFANTILE/FISIATRA	1	11	11
FISIOTERAPISTA	1	11	97
LOGOPEDISTA	3	32	
NEUROPSICOMOTRICISTA DELL'ETÀ EVOLUTIVA	3	32	
EDUCATORE PROFESSIONALE	1	11	
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	1	11	
OSS	2	21	
PSICOLOGO	1	11	11
ASSISTENTE SOCIALE	6 ore/sett.	2	2
AMMINISTRATIVO	6 ore/sett.	2	2
<b>TOTALE MINUTI DI ASSISTENZA</b>		<b>144</b>	<b>123</b>

Per entrambe le tipologie (età adulta ed età evolutiva) si intende:

*1 unità di personale medico = contratto a 38 ore; 1 unità delle varie figure professionali = contratto a 36 ore*

I minuti di assistenza paziente sono comprensivi dei minuti di terapia riabilitativa

Nelle ore di apertura del Nucleo di riabilitazione ambulatoriale deve essere garantita la presenza di medico specialista nella disciplina specifica della tipologia di assistenza.

Per il Nucleo funzionale di assistenza ambulatoriale dedicato all'età adulta:

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex [D.M. 14 settembre 1994 n. 741](#) - [D.M. 27 luglio 2000](#); logopedista ex [D.M. 14 settembre 1994, n. 742](#) - [D.M. 27 luglio 2000](#); terapeuta occupazionale ex [D.M. 17 gennaio 1997, n.](#)

[136 - D.M. 27 luglio 2000](#); possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia di disabilità prevalentemente trattata e per esigenze di turnazione, fermo restando il numero complessivo di 8 unità; l'assistenza garantita dal suddetto personale non dovrà essere inferiore a 90 minuti al giorno per paziente.

Gli operatori socio-sanitari devono garantire assistenza per non meno di 21 minuti pro/die a paziente.

I minuti assistenza per paziente riferiti al medico specialista, allo Psicologo e all'Assistente sociale vanno erogati facendo riferimento al fabbisogno settimanale. L'assistenza del medico è assicurata per non meno di 55 minuti/paziente/settimana. L'assistente sociale deve assicurare un debito orario di non meno di 40 minuti/paziente/mese.

Per il Nucleo funzionale di assistenza ambulatoriale dedicato all'età evolutiva:

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex [D.M. 14 settembre 1994 n. 741 - D.M. 27 luglio 2000](#); logopedista ex [D.M. 14 settembre 1994, n. 742 - D.M. 27 luglio 2000](#); terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex [D.M. 17 gennaio 1997, n. 56 - D.M. 27 luglio 2000](#); terapeuta occupazionale ex [D.M. 17 gennaio 1997, n. 136 - D.M. 27 luglio 2000](#); educatore professionali ex [D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 - D.M. 27 luglio 2000](#)) possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia di disabilità prevalentemente trattata e per esigenze di turnazione, fermo restando il numero complessivo di 9 unità; l'assistenza garantita dal suddetto personale non dovrà essere inferiore a 97 minuti al giorno per paziente.

Gli operatori socio-sanitari devono garantire assistenza per non meno di 21 minuti pro/die a paziente.

I minuti assistenza per paziente riferiti al medico specialista, allo Psicologo e all'Assistente sociale vanno erogati facendo riferimento al fabbisogno settimanale. L'assistenza del medico è assicurata per non meno di 55 minuti/paziente/settimana. L'assistente sociale deve assicurare un debito orario di non meno di 40 minuti/paziente/mese.

---

**Art. 4** *Requisiti per l'accreditamento dei presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali - Prestazioni ambulatoriali.*

Per i requisiti di accreditamento dei presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali che erogano prestazioni ambulatoriali si rimanda all'[art. 11 del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12](#) e s.m.i.

---

**Art. 5** *Determinazione del fabbisogno.*

Il fabbisogno di prestazioni ambulatoriali dei presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste è stabilito nel



numero pari alla somma:

- delle prestazioni ambulatoriali autorizzate all'esercizio ed accreditate alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
- delle prestazioni ambulatoriali derivanti dalla riconversione dei posti residenziali e semiresidenziali autorizzati all'esercizio ed accreditati secondo le previsioni degli *articoli 12 e 15 del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12* e s.m.i.;
- delle prestazioni ambulatoriali autorizzate all'esercizio alla data di entrata in vigore del presente regolamento.

Le prestazioni ambulatoriali rientranti nel fabbisogno di cui al presente articolo sono riconvertite in Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età adulta ed in Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età evolutiva nel rispetto delle valutazioni sul fabbisogno aziendale per tale tipologia di assistenza che i Direttori generali presentano al Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti.

La riconversione delle prestazioni ambulatoriali nei Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età adulta e nei Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età evolutiva sarà oggetto di apposite preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore, nel rispetto del fabbisogno regionale, e da approvarsi con successivo provvedimento di Giunta regionale.

---

**Art. 6** *Autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio ed accreditamento.*

I Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età adulta ed i Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età evolutiva nell'ambito dei presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste sono soggetti all'autorizzazione alla realizzazione, all'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento secondo le procedure e nei termini stabiliti dalla *L.R. 2 maggio 2017, n. 9* e s.m.i., in relazione al fabbisogno definito dal presente Regolamento.

In ogni caso, nella domanda di autorizzazione all'esercizio ciascun presidio di riabilitazione funzionale deve indicare le tipologie ed il numero dei nuclei per i quali richiede l'autorizzazione.

---

**Art. 7** *Verifiche e sanzioni.*

Le verifiche sul rispetto delle disposizioni di legge, sul possesso e sulla permanenza dei requisiti generali e di quelli strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi minimi e specifici definiti dal presente regolamento sono effettuate secondo quanto disposto dall'*art. 23 della L.R. 2 maggio 2017, n. 9* e s.m.i.

Le cause di decadenza dell'autorizzazione all'esercizio e di revoca dell'accreditamento, oltre al mancato adeguamento e permanenza alle disposizioni di cui al presente Regolamento, sono quelle previste dalla *L.R. 2 maggio 2017, n. 9* e s.m.i.

Per quanto attiene il regime sanzionatorio, si rinvia a quanto espressamente disciplinato in materia dall'[art. 14 della L.R. 2 maggio 2017, n. 9](#) e s.m.i..

---

## **Art. 8** *Norme transitorie.*

I presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste già autorizzati ed accreditati dalla Regione Puglia alla data di entrata in vigore del presente Regolamento, ai fini della conferma dell'autorizzazione e dell'accreditamento, possono riconvertire le prestazioni ambulatoriali già autorizzate ed accreditate nei Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età adulta e nei Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età evolutiva, nel rispetto del fabbisogno di cui al precedente art. 5.

I Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale e i Centri ambulatoriali di riabilitazione già autorizzati alla data di entrata in vigore del presente Regolamento, ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio e del conseguimento dell'accreditamento, possono riconvertire le prestazioni ambulatoriali già autorizzate nei Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età adulta e nei Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età evolutiva, nel rispetto del fabbisogno di cui al precedente art. 5.

A tal fine il piano di riconversione, nel rispetto del fabbisogno regionale di cui al precedente art. 5, sarà oggetto di apposite preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore da parte del Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle pari Opportunità, e che sarà approvato da parte della Giunta regionale.

A far data dall'approvazione del piano di riconversione di cui all'art. 5, entro i successivi 60 giorni i singoli erogatori presentano alla Regione Puglia istanza di conferma e/o di riconversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, ovvero istanza di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e istanza per il conseguimento dell'accreditamento, con la specifica indicazione del numero e tipologia di nuclei di riabilitazione ambulatoriale così come previsti nel presente regolamento, con le modalità previste dalla [L.R. n. 9/2017](#) e s.m.i. ed i successivi atti regolamentari della stessa.

In caso di conferma, l'istanza dovrà contenere in autocertificazione la dichiarazione del possesso dei requisiti di cui al presente regolamento. In caso di riconversione l'istanza dovrà contenere un piano di adeguamento da attuare con espresso impegno all'adeguamento entro i limiti temporali stabiliti nel presente articolo.

Per le prestazioni ambulatoriali di cui al precedente art. 5, i presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste già autorizzati ed accreditati alla data di entrata

in vigore del presente Regolamento, ovvero i Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale e i

Centri ambulatoriali di riabilitazione già autorizzati alla data di entrata in vigore del presente Regolamento, devono adeguarsi ai requisiti di cui al presente

Regolamento nei termini di seguito indicati a far data dalla approvazione del piano di riconversione da parte della Giunta regionale:

- a) entro 18 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;
- b) entro 5 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), i presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste già accreditati e verificati per i requisiti strutturali del [Reg. reg. n. 3/2005](#), ovvero in possesso di appositi provvedimenti regionali di accreditamento, non si adeguano ai requisiti strutturali del presente regolamento.

In deroga al precedente punto b), i presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste accreditate ai sensi dei commi 2 e 3 dell'[art. 12, L.R. n. 4/2010](#), ovvero accreditati ex lege previa presentazione di istanza contenente l'autocertificazione circa il possesso dei requisiti strutturali previsti dal [Reg. reg. n. 3/2005](#), a cui non è ancora seguita verifica da parte del Dipartimento di Prevenzione, se all'atto della verifica non dimostrano di avere i requisiti strutturali del [Reg. reg. n. 3/2005](#) devono adeguarsi ai requisiti strutturali del presente regolamento, nel rispetto del termine previsto al precedente punto b).

In deroga al precedente punto b), i Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale e i Centri

ambulatoriali di riabilitazione già autorizzati alla data di entrata in vigore del presente Regolamento, se all'atto della verifica da parte del Dipartimento di Prevenzione non dimostrano di avere i requisiti strutturali del [Reg. reg. n. 3/2005](#) devono adeguarsi ai requisiti strutturali del presente regolamento, nel rispetto del termine previsto al precedente punto b).

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

La mancata presentazione della domanda di conferma e/o di riconversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento o il mancato adeguamento ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini indicati nel presente articolo comporta la decadenza dell'autorizzazione e dell'accreditamento e la conseguente chiusura dell'esercizio.

Nel periodo di transizione, che va dalla data di approvazione del piano di riconversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conferma e/o di riconversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, i presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste già autorizzati ed accreditati dalla Regione Puglia alla data di entrata in vigore del presente Regolamento manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzati all'esercizio ed accreditati con le relative tariffe vigenti alla stessa data.

**Art. 9** *Norma di rinvio.*

Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento, si rinvia alla normativa regionale vigente in materia, ed in particolare alla [L.R. 9/2017](#) e s.m.i. e al [Reg. reg. n. 3/2005](#) e s.m.i. per la sezione A "Requisiti generali", ed alla normativa nazionale vigente in materia.

Per le strutture ammesse alla deroga di cui al precedente art. 8, punto b), nei limiti di quanto previsto nello stesso art. 8, si rinvia ai requisiti strutturali di cui alla sezione B.02 "Presidi Ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funzionale" del [Reg. reg. 13 gennaio 2005, n. 3](#).

---

**Art. 10** *Norma abrogativa.*

Il presente Regolamento abroga la sezione B.02.01 "Centri ambulatoriali di riabilitazione" del [Reg. reg. 13 gennaio 2005, n. 3](#). Il presente Regolamento abroga la sezione B.02 "Presidi Ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funzionale" fatta eccezione per il paragrafo "Requisiti strutturali" al solo fine della deroga di cui al precedente art. 8, punto b).

Il presente Regolamento abroga la sezione D.01 "Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali" del [Reg. reg. 13 gennaio 2005, n. 3](#) fatta eccezione per il paragrafo "Requisiti strutturali" al solo fine della deroga di cui all'[art. 15, punto b\) del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12](#).

---

**Art. 11** *Modifica all'art. 5 "Nucleo di assistenza residenziale di mantenimento riabilitativo (per disabili ad ALTA complessità assistenziale sanitaria)" del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12.*

11.1 All'[art. 5 del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12](#) il capoverso "2^ tipologia" è sostituito dal seguente:

2^ tipologia: Disabile adulto non autosufficiente per disabilità connatali o acquisite in età evolutiva che ha completato il processo di recupero funzionale ma che necessita di prestazioni di riabilitazione e sorveglianza sanitaria per il mantenimento e/o prevenzione della progressione della disabilità e dell'esclusione sociale. Il nucleo non può ospitare pazienti provenienti dalle strutture di cui all'[art. 1, comma 2, lettera b\) del Reg. reg. n. 14/2014](#) i quali potranno proseguire il percorso assistenziale presso le strutture psichiatriche.

Questo tipo di paziente deve possedere tutte le caratteristiche sotto elencate:

- a) Necessità di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa alla persona che non può essere gestito al domicilio;
- b) Ridotta possibilità di recupero delle autonomie con rischio di scompenso emotivo-comportamentale e peggioramento funzionale qualora estrapolato dall'abituale contesto educativo e relazionale;
- c) Necessità di una presa in carico assistenziale sanitaria e di tutela nel lungo termine (medica, psicologica, infermieristica e riabilitativa) che non può essere

garantita in ambito familiare e in altro setting assistenziale.

Si può accedere alla riabilitazione di mantenimento extraospedaliera se il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate. In nessun caso un paziente che necessiti di riabilitazione ma che sia in condizione di potenziale alto rischio di instabilità clinica può accedere al presidio di riabilitazione extraospedaliera."

11.2 All'art. 5 del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12 il capoverso "In riferimento alla 2^ tipologia di paziente" è sostituito dal seguente:

"In riferimento alla 2^ tipologia di paziente

A seguito di valutazione e autorizzazione rilasciata dall'U.O. del DIP. MFeR insistente nella ASL ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG o anche su proposta dello stesso Presidio di Riabilitazione che ospita il paziente in altro setting assistenziale o su proposta del MMG. La U.O. del DIP. MFeR valuta la sussistenza dei requisiti di cui ai precedenti punti a), b) e c) ai fini della presa in carico del paziente.

La prescrizione dei precedenti punti 1), 2) e 3) deve espressamente indicare che *"il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate, necessita di n. \_\_\_\_\_ gg di trattamento riabilitativo residenziale di mantenimento. Il paziente richiede elevato impegno assistenziale sanitario e di tutela nel lungo termine (medica, psicologica, infermieristica e riabilitativa) che non può essere garantita in ambito familiare e in altro setting assistenziale."*

La presa in carico del paziente deve essere comunicata, entro 5 giorni lavorativi, alla struttura territoriale del DIP. MFeR presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, all'U.O. del DIP. MFeR presente nella ASL di residenza del paziente. Il DIP. MFeR potrà definire con i soggetti interessati canali di comunicazione specifici al fine di semplificare e velocizzare le procedure.

11.3 All'art. 5 del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12 dopo le parole "Per la richiesta di proroga si procede nel seguente modo: il capoverso "In riferimento alla 1^ tipologia di paziente" è sostituito dal seguente: "in riferimento alla 1^ e 2^ tipologia di paziente"

11.4 All'art. 5 del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12 dopo le parole "Per la richiesta di proroga si procede nel seguente modo: "è soppresso il capoverso "In riferimento alla 2^ tipologia di paziente".

---

**Art. 12** Modifica all'art. 9 "Requisiti minimi strutturali per l'assistenza semiresidenziale" del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12.

12.1 All'art. 9.1.2 del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12. al paragrafo "Standard dimensionali e strutturali" la frase "La superficie totale utile funzionale delle strutture è fissata in mq 30 per ospite"

è sostituita dalla seguente

"La superficie totale utile funzionale delle strutture è fissata in mq 20 per ospite. Nella superficie totale utile funzionale rientrano le aree verdi attrezzate nel limite massimo di mq 5 per ospite."

---

**Art. 13** *Modifica all'art. 12 "Determinazione del fabbisogno" del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12.*

13.1 All'[art. 12 del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12](#) dopo le parole "Il fabbisogno di prestazioni dei presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste è stabilito in misura pari ai posti residenziali e semiresidenziali autorizzati all'esercizio ed accreditati" sono aggiunte le parole "e in misura pari ai posti residenziali e semiresidenziali autorizzati all'esercizio precedentemente all'entrata in vigore del [Reg. reg. n. 12/2015](#)".

13.2 All'[art. 12 del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12](#) secondo capoverso, dopo le parole "Si specifica che i posti residenziali e semiresidenziali autorizzati all'esercizio ed accreditati" sono aggiunte le parole "ovvero i posti residenziali e semiresidenziali autorizzati all'esercizio".

13.3 All'[art. 12 del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12](#) nella parte relativa all'elenco puntato, il punto 3. è sostituito dal seguente:  
"3. 65% dei posti residenziali attualmente autorizzati all'esercizio ed accreditati convertiti in nuclei di assistenza residenziale riabilitativa estensiva;"

13.4 All'[art. 12 del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12](#) nella parte relativa all'elenco puntato, il punto 4. è sostituito dal seguente:  
"4. 10% dei posti residenziali attualmente autorizzati all'esercizio ed accreditati convertiti in nuclei di assistenza residenziale di mantenimento riabilitativo (per disabili ad alta complessità assistenziale sanitaria - tipologia di paziente 1 e 2);

13.5 All'[art. 12 del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12](#) ultimo capoverso, dopo le parole "Il numero dei posti letto occupati da pazienti ricoverati nell'ex Istituto Ortofrenico di Bisceglie e di Foggia alla data di promulgazione del presente regolamento saranno riconvertiti in nuclei di assistenza residenziale di mantenimento riabilitativo ad esaurimento" sono aggiunte le parole:  
"con esclusione dei posti letto occupati da pazienti eleggibili ad altro setting assistenziale di tipo sociosanitario."

---

**Art. 14** *Modifica all'art. 15 "Norme transitorie" del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12.*

14.1 All'[art. 15 del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12](#) dopo il secondo capoverso, aggiungere il seguente capoverso:  
"I presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste già autorizzati alla data di entrata in vigore del [Reg. reg. n. 12/2015](#), ai fini della conferma dell'autorizzazione e dell'accreditamento, possono riconvertire i posti residenziali e semiresidenziali già autorizzati nel rispetto del fabbisogno di cui al precedente art. 12."

14.2 All'[art. 15 del Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12](#) ottavo capoverso, dopo le parole "I presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste già autorizzati ed accreditati dalla Regione Puglia" aggiungere le seguenti parole: "ovvero già autorizzati all'esercizio".

Il presente Regolamento è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'*art. 53 comma 1 della L.R. 12 maggio 2004, n. 7* "Statuto della Regione Puglia".

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

---

---

Copyright 2015 Wolters Kluwer Italia Srl. All rights reserved.



Puglia

Reg. reg. 2-3-2006 n. 3

Art. 3, comma 1, lettera a), punto 1), della L.R. 28 maggio 2004, n. 8. Fabbisogno prestazioni per il rilascio della verifica di compatibilità e dell'accREDITAMENTO istituzionale alle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Pubblicato nel B.U. Puglia 7 marzo 2006, n. 29.

### **Reg. reg. 2 marzo 2006, n. 3 <sup>(1)</sup>.**

**Art. 3, comma 1, lettera a), punto 1), della [L.R. 28 maggio 2004, n. 8](#). Fabbisogno prestazioni per il rilascio della verifica di compatibilità e dell'accREDITAMENTO istituzionale alle strutture sanitarie e socio-sanitarie <sup>(2)</sup>.**

---

(1) Pubblicato nel B.U. Puglia 7 marzo 2006, n. 29.

(2) Vedi anche l'[art. 1, commi 2 e 3, L.R. 8 aprile 2011, n. 5](#).

---

Il Presidente della Giunta regionale

Visto l'art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla [legge costituzionale 22 novembre 1999, n. 1](#), nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta regionale l'*emanazione dei regolamenti regionali*.

Visto l'[art. 42, comma 2, lettera c\), della L.R. 12 maggio 2004, n. 7](#) "Statuto della Regione Puglia".

Visto l'[art. 44, comma 2, della L.R. 12 maggio 2004, n. 7](#) "Statuto della Regione Puglia".

Vista la Delib.G.R. 28 febbraio 2006, n. 221 di attuazione del regolamento suddetto.

Emana

Il seguente regolamento:

---

---

### **Art. 1**

In applicazione dell'[art. 3, comma 1, lettera a\), della L.R. 28 maggio 2004, n. 8](#) e successive modificazioni, per il rilascio della verifica di compatibilità nonché per il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale sono determinati i seguenti criteri e parametri distinti per tipologia di attività e struttura.



*A. Strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale, a ciclo continuativo e/o diurno:*

a) [Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali

Il fabbisogno è stabilito in misura pari ai posti in esercizio alla data di entrata in vigore della *L.R. 28 maggio 2004, n. 8*, con una maggiorazione del 20% finalizzata al riequilibrio territoriale in ragione delle liste di attesa che dovessero verificarsi per ciascun ambito territoriale.

Il parere di compatibilità è rilasciato previa dichiarazione della USL sulla sussistenza del requisito di cui al presente capoverso] <sup>(3)</sup>.

b) Strutture riabilitative psichiatriche

*I. Regime residenziale e semiresidenziale:*

Il fabbisogno è stabilito in 3 posti letto ogni 10.000 abitanti per le strutture per acuti e subacuti (copertura assistenziale per 24 ore) + 0,75 posti letto ogni 10.000 abitanti per le strutture a più elevata intensità assistenziale (con copertura per 12 ore) + 1 posto letto ogni 10.000 abitanti per le strutture a minore intensità assistenziale (con copertura per fascia oraria). Tale fabbisogno è comprensivo di 1 posto ogni 10.000 abitanti per i pazienti dimessi dagli ospedali psichiatrici per tutte le tipologie di strutture.

*II. Regime diurno:*

Il fabbisogno è stabilito in un centro diurno per ogni distretto fino 50.000 abitanti + un centro per eccedenze oltre i 50.000 di almeno 30.000 abitanti.

I trasferimenti di strutture in altra USL possono essere autorizzati solo nel caso in cui ciò concorra al riequilibrio territoriale. A tal fine deve considerarsi prioritaria l'autorizzazione alle riconversioni verso strutture assistenziali di cui vi sia il fabbisogno.

c) Strutture di riabilitazione e strutture educativo-assistenziali per i tossicodipendenti

Il fabbisogno è stabilito in 0,35 posti per mille abitanti con collocazione interdistrettuale e con individuazione delle fasce di utenza della popolazione a cui sono destinate. Per le strutture educativo-assistenziali per i tossicodipendenti si terrà prioritariamente conto di quelle inserite nella programmazione dei piani di zona.

d) Residenze sanitarie assistenziali (RSA)

Il fabbisogno è stabilito in 0,7 posti letto per mille abitanti, di cui almeno 0,2 finalizzato alla realizzazione di moduli, all'interno delle unità residenziali, dedicati all'assistenza ai pazienti affetti da Morbo di Alzheimer o Demenza Senile, con compensazione tra AUSL viciniori per realizzare un indice strutturale di 60 posti letto per unità residenziale, con collocazione provinciale.

e) Centri residenziali per cure palliative (hospice)

Il fabbisogno è stabilito in 1 posto letto x 10.000 abitanti ai sensi della *Delib.G.R. 17 ottobre 2000, n. 1299* e *Delib.G.R. 3 dicembre 2002, n. 1980*

(normativa rif. *D.L. 28 dicembre 1998, n. 450* convertito in L. 26 febbraio 1999, n. 29 - *D.M. 5 settembre 2001* del Ministro della sanità), con collocazione distrettuale ed interdistrettuale.

e) Strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche dedicate per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza <sup>(4)</sup>

Il fabbisogno viene determinato come segue:

ASL Bari

n. 3 strutture residenziali, di cui una nell'area nord, una nella città di Bari, una nell'area sud;

n. 4 strutture semiresidenziali, di cui una nell'area nord, una nella città di Bari, una nell'area ovest, una nell'area sud;

ASL BT

n. 1 struttura residenziale allocata nella città di Andria

n. 2 strutture semiresidenziali, di cui una a Barletta ed una a Canosa

ASL Brindisi

n. 1 struttura residenziale allocata nella città di Brindisi

n. 2 strutture semiresidenziali, di cui una allocata nell'area nord ed una nell'area sud

ASL Foggia

n. 2 strutture residenziali allocate una nella città di Foggia, una nell'area sud a servizio delle ASL Foggia e BT

n. 3 strutture semiresidenziali, di cui una nella città di Foggia, una nell'area nord ed una nell'area sud

ASL Lecce

n. 3 strutture residenziali allocate una nella città di Lecce, una nell'area sud, una nell'area nord ionica a servizio delle ASL Lecce e Taranto

n. 3 strutture semiresidenziali, di cui una nella città di Lecce, una nell'area sud, una nell'area nord ionica a servizio delle ASL Lecce e Taranto

ASL Taranto

n. 1 struttura residenziale allocata nella città di Taranto

n. 2 strutture semiresidenziali, di cui una nella città di Taranto e l'altra nell'area ovest della ASL

*B. Stabilimenti termali:*

Nessuna limitazione.

### C. Strutture e studi che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale

a) Specialistica ambulatoriale chirurgica ed odontoiatrica di cui all'art. 5, comma 1, lettera a), punto 2.2, della [L.R. 28 maggio 2004, n. 8](#)

Il fabbisogno attuale viene considerato pari al numero di strutture territoriali già autorizzate all'esercizio e delle eventuali ulteriori necessità evidenziate dalle Aziende USL finalizzate a documentati e verificabili esigenze e/o programmi di deospedalizzazione.

b) Centri di procreazione medicalmente assistita

Il fabbisogno è stabilito per le strutture pubbliche all'interno della programmazione ospedaliera e territoriale vigente; per le strutture private il fabbisogno corrisponde al numero delle strutture attualmente funzionanti ed iscritte nell'elenco predisposto ai sensi dell'[ordinanza ministeriale 5 marzo 1997](#), in possesso dei requisiti previsti. In ogni caso il fabbisogno non può essere superiore ad una struttura ogni 300.000 abitanti con esclusione delle Aziende Ospedaliere ed IRCCS.

c) Diagnostica per immagini, con utilizzo delle grandi macchine (TAC - RMN - PET)

Il fabbisogno è stabilito come segue:

TAC: 1 ogni 60.000 abitanti e frazione con riferimento al territorio della USL, escluse quelle delle A.O. e IRCCS.

RMN: 1 ogni 120.000 abitanti e frazione con riferimento al territorio della USL, escluse quelle delle A.O. e IRCCS e dei P.T.A. Per i PTA tale deroga opera nella misura di n. 1 RMN per ciascuna ASL.

PET: 3 ciclotroni e 8 postazioni, di cui almeno 5 pubbliche, assicurando una postazione pubblica per aree di 750.000 abitanti, esclusi gli IRCCS <sup>(5)</sup>.

d) Radioterapia

Il fabbisogno è stabilito nel numero dei servizi individuati nella programmazione ospedaliera e territoriale vigente ivi comprese le Case di cura private autorizzate per la disciplina di oncologia.

e) Medicina nucleare in vivo

Il fabbisogno è stabilito nel numero dei servizi individuati nella programmazione ospedaliera e territoriale vigente oltre ad una struttura privata per ciascuna USL.

f) Dialisi

Il fabbisogno di Posti tecnici (Reni Artificiali) è rinviato a specifico piano di settore e verrà calcolato considerando un rapporto di utilizzo pari a R.A. 1:3,5 pz., con un incremento pari al 10% per garantire un'adeguata riserva per rientri ed urgenze.

g) Terapia iperbarica

Il fabbisogno è stabilito in un centro ogni cinquecentomila abitanti, di cui, comunque, almeno uno per Provincia.

#### h) Attività consultoriale familiare

Il fabbisogno è stabilito in un consultorio ogni 20.000 abitanti, fatte salve diverse determinazioni da parte delle AA.SS.LL. e dei Comuni in sede di approvazione dei Piani di zona in ragione della ottimizzazione dei livelli prestazionali di dette strutture.

---

(4) Lettera aggiunta dall'[art. 3, comma 1, Reg. reg. 18 aprile 2014, n. 9](#), a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. La presente lettera è stata erroneamente aggiunta con la stessa numerazione della lettera precedente, in quanto la lettera e) era già presente all'interno del presente paragrafo A.

(3) Vedi, ora, l'[art. 17, Reg. reg. 16 aprile 2015, n. 12](#) le cui disposizioni abrogano e sostituiscono quella della presente lettera.

(5) Lettera così modificata dall'[art. 5.3, Reg. reg. 21 gennaio 2019, n. 7](#).

---

### Art. 2

Ai fini del rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale per le strutture individuate dall'[art. 5, comma 1, lettera b\), punto 1.2., della L.R. 28 maggio 2004, n. 8](#) e successive modificazioni, il fabbisogno, in fase di prima applicazione, è riferito al numero delle strutture già transitoriamente accreditate in esercizio alla data di entrata in vigore della stessa legge. Entro sei mesi dall'adozione del presente regolamento e ferma restando la realizzazione del registro delle strutture autorizzate sarà determinato il fabbisogno per branca con possibilità di accedere all'accREDITAMENTO da parte delle strutture autorizzate ed in esercizio alla data di entrata in vigore della [legge regionale 28 maggio 2004, n. 8](#), fatto salvo quanto previsto dall'articolo 17, comma 1, lettera f), punto 1), secondo periodo della [legge regionale 12 agosto 2005, n. 12](#).

---

### Art. 3

Le strutture e/o le attività eccedenti il suddetto fabbisogno sono escluse dal processo di accREDITAMENTO previsto dalla [L.R. 28 maggio 2004, n. 8](#).

---

### Art. 4

In sede di prima applicazione del presente regolamento si procederà prioritariamente ad autorizzare i progetti finalizzati a potenziare le strutture riabilitative psichiatriche, in primis quelli rivolti all'età evolutiva, e le strutture che

erogano prestazioni di assistenza specialistica di radioterapia e, per le altre prestazioni, i progetti finalizzati ad azioni di riequilibrio territoriale.

Il presente regolamento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'*art. 53, comma 1, della L.R. 12 maggio 2004, n. 7* "Statuto della Regione Puglia".

---

---

Copyright 2015 Wolters Kluwer Italia Srl. All rights reserved.

Puglia

Reg. reg. 21-1-2019 n. 4

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

Pubblicato nel B.U. Puglia 25 gennaio 2019, n. 9.

## **Reg. reg. 21 gennaio 2019, n. 4 <sup>(1)</sup>.**

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

---

(1) Pubblicato nel B.U. Puglia 25 gennaio 2019, n. 9.

---

#### **IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE:**

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

**VISTO** l'[art. 42, comma 2, lett. c\) della L.R. 12 maggio 2004, n. 7](#) "Statuto della Regione Puglia";

**VISTO** l'[art. 44, comma 2, della L.R. 12 maggio 2004, n. 7](#) "Statuto del Regione Puglia" così come modificato dalla [L.R. 20 ottobre 2014, n. 44](#);

**VISTA** la Delibera di Giunta Regionale n. 2449 del 21 dicembre 2018 di adozione del Regolamento;

Emana

il seguente regolamento

---

#### **Art. 1 Finalità.**

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

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

## **Art. 2** *Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per soggetti non autosufficienti.*

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

La RSA per soggetti non autosufficienti è articolata in:

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

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

Nell'ambito della RSA possono coesistere:

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

ovvero

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

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

### 2.1. RSA ESTENSIVA

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

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

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

Per quanto riguarda i pazienti affetti da demenza, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività, che



richiedono trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente protetto, le prestazioni sono erogate in nuclei dedicati di assistenza residenziale estensiva per disturbi cognitivo-comportamentali gravi. La degenza è finalizzata al recupero e alla stabilizzazione clinico-funzionale degli ospiti ponendosi come obiettivo principale il rientro degli stessi al proprio domicilio o al livello residenziale di mantenimento (RSA di mantenimento). L'accesso al nucleo di assistenza residenziale estensiva avviene tramite valutazione di tipo prettamente sanitario, mediante utilizzo di sistema di valutazione SVAMA. A tal fine, l'unità di valutazione multidimensionale della competente ASL è integrata con un medico specialista in geriatria, neurologia o riabilitazione (secondo le linee guida della riabilitazione del 2011). La durata della degenza è di norma non superiore a sessanta giorni. I trattamenti estensivi in regime residenziale sono a carico del Servizio sanitario regionale.

**Il nucleo di assistenza residenziale estensiva** è composto da 20 posti letto. Nel **nucleo di assistenza residenziale estensiva** sono ospitate:

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

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

Il nucleo di assistenza residenziale estensiva di tipo A ospita persone anziane, in età superiore ai sessantaquattro anni, che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore.

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

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

1) con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS di residenza del paziente, previa redazione del PAI, su prescrizione-proposta:

- del MMG,
- del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente
- del Medico dell'Unità Operativa di riabilitazione cod. 28, cod. 75, cod. 56 e dell'Unità Operativa di lungodegenza cod.60;

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

3) a seguito dell'aggravarsi delle condizioni cliniche del paziente, per trasferimento da RSA - nucleo di assistenza residenziale di mantenimento (tipo A e B) presente nell'ambito della stessa RSA che già ospita il paziente, che sia anche accreditata e contrattualizzata per il nucleo di assistenza residenziale estensiva (tipo A e B) e con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS ove ha residenza il paziente su proposta della stessa struttura.

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

Il nucleo estensivo della RSA ESTENSIVA, per anziani o per soggetti affetti da

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

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

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

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

A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 20 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica inderogabilmente la richiesta di proroga alla UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente. L'UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante provvede alla valutazione della richiesta di prosecuzione del trattamento e a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga.

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

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

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

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

## 2.2. RSA DI MANTENIMENTO

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

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

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

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

La degenza è finalizzata al mantenimento clinico-funzionale degli ospiti. L'accesso al nucleo di assistenza residenziale di mantenimento avviene tramite valutazione da parte dell'unità di valutazione multidimensionale della competente ASL mediante utilizzo di sistema di valutazione SVAMA. A tal fine, l'unità di valutazione multidimensionale della competente ASL è integrata con un medico specialista in geriatria, neurologia o riabilitazione (secondo le linee guida della riabilitazione del 2011).

La durata della degenza non è preordinata.

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

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

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

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

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

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

1) con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS di residenza del paziente, previa redazione del PAI, su prescrizione-proposta:

- del MMG;
- del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente;

- del Medico dell'Unità Operativa di riabilitazione cod. 28, cod. 75, cod. 56 e dell'Unità Operativa di lungodegenza cod. 60;

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

3) a seguito del miglioramento delle condizioni cliniche del paziente, per trasferimento da RSA - nucleo di assistenza residenziale estensiva (tipo A e B) presente nell'ambito della stessa RSA accreditata e contrattualizzata per il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento (tipo A e B) che già ospita il paziente con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS ove ha residenza il paziente su proposta della stessa struttura.

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

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

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

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

A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 30 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica inderogabilmente la richiesta di proroga alla UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente. L'UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante provvede alla valutazione della richiesta di prosecuzione del trattamento e a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga.

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

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

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

Si precisa che per l'accesso al **nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di tipo B** (soggetti affetti da demenza) l'UVM si integra o

coordina con il Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze nell'ambito del competente DSS (CDCD) di cui al "Piano nazionale demenze" approvato con Accordo Stato - Regioni del 30/10/2014, o con gli altri servizi territoriali specialistici (neurologici, psichiatrici, geriatrici), competenti per la diagnosi di demenza.

---

### **Art. 3** *Centro diurno per soggetti non autosufficienti.*

Il centro diurno per soggetti non autosufficienti è una struttura socio-sanitaria a ciclo diurno finalizzata all'accoglienza di soggetti in condizione di non autosufficienza, che per il loro declino cognitivo e funzionale esprimono bisogni non adeguatamente gestibili a domicilio per l'intero arco della giornata. Il centro è destinato a soggetti affetti da demenza associata o meno a disturbi del comportamento, anche se non soggetti anziani con età superiore ai 64 anni, non affetti da gravi deficit motori, gestibili in regime di semiresidenzialità, capaci di trarre profitto da un intervento integrato, così come definito dal rispettivo Piano assistenziale individualizzato (PAI).

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

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

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

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

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

La durata della degenza non è preordinata.

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

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

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

Finalità complessive del Centro sono le seguenti:

- controllare/contenere il processo di deterioramento cognitivo ed i disturbi del comportamento;
- mantenere il più a lungo possibile le capacità funzionali e socio relazionali;

- consentire il mantenimento dei soggetti a domicilio, ritardandone il ricovero in strutture residenziali;
- aiutare la famiglia a comprendere l'evoluzione cronica della malattia e supportare il caregiver rispetto alle attività del Centro.

Il centro deve, in ogni caso, organizzare:

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

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

La presa in carico del paziente deve essere concordata e comunicata dalla struttura, entro 5 giorni lavorativi, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente l'avvenuta presa in carico. Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe). La non frequenza immotivata del centro per periodi superiori ai 10gg. consecutivi equivale alla dimissione volontaria. **La durata del trattamento** semiresidenziale di mantenimento per trattamenti di lungoassistenza è fissata in base alle condizioni dell'assistito, così come indicato nel PAI redatto dall'UVM, e può essere soggetto a proroga. Al termine del percorso di trattamento assistenziale di mantenimento, in assenza di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo e persistendo il bisogno del paziente di assistenza, questi sarà trasferito in altro setting assistenziale appropriato, preferibilmente di tipo domiciliare, dietro nuova valutazione da parte dell'UVM.

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

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

favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga. Analoga procedura è attivata in caso di esito negativo alla richiesta di proroga. Decorsi inutilmente i termini dei 30 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata.

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

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

---

---

**Art. 4** *Requisiti strutturali generali per la RSA e il centro diurno per soggetti non autosufficienti.*

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

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

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

---

---

**Art. 5** *Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle RSA.*

**5.1 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER LE RSA**

**Standard dimensionali e strutturali**

Gli standard dimensionali sono determinati nelle misure che seguono, tenendo presente che gli standard rapportati alle persone sono da considerarsi netti, in

quanto fanno riferimento a superfici utili per lo svolgimento delle funzioni specifiche:

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

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

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

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

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

### **Area abitativa**

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

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

### Servizi di nucleo

I seguenti servizi possono servire anche diversi nuclei:

- locale soggiorno/TV/spazio collettivo;
- sala da pranzo anche plurinucleo;
- angolo cottura;
- locale di servizio per il personale con annessi servizi igienici;



- un bagno assistito per immersione totale in posizione supina (dovranno essere garantiti spazi idonei a consentire le manovre al personale di assistenza);
- locale deposito biancheria pulita (articolato per piano per nuclei presenti su più piani);
- locale deposito materiale sporco, con vuotatoio e lavapadelle (articolato per piano per nuclei presenti su più piani);
- locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, etc. (articolato per piano e per nuclei presenti su più piani);
- locale attività pedagogico-educativa, addestramento professionale, tempo libero.

#### Area destinata alla valutazione e alle terapie

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

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

#### Area della socializzazione

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

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

#### Servizi a richiesta dell'utenza

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

#### Aree generali e di supporto

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

Devono essere previsti:

- ingresso con portineria, posta, telefono;
- uffici amministrativi con archivio per la documentazione clinica e amministrativa;
- Sala riunioni;
- cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo sporzionamento);
- lavanderia e stireria (se il servizio è appaltato all'esterno locali per lo stoccaggio);
- servizio di pulizia (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo stoccaggio attrezzi e materiale vario);
- magazzini;

- camera ardente con sala dolenti;
- parcheggio per motoveicoli all'interno del complesso fruibile dai visitatori realizzato ed autorizzato nel rispetto della normativa vigente di settore. In alternativa, laddove possibile, è permesso l'utilizzo di parcheggi pubblici o privati in convenzione con la struttura per la sosta dei motoveicoli appartenenti ai visitatori.

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

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

## 5.2 REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI PER LE RSA

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

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

Devono essere presenti:

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

## 5.3 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI PER LE RSA

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

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

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

mantenimento.

Il Responsabile sanitario cui è affidata la direzione sanitaria:

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

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

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

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

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

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

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

In subordine, il personale medico può essere composto da medici inseriti nella graduatoria regionale di medicina generale che non siano titolari di nessun incarico

in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale e che non si trovino in situazioni di incompatibilità e conflitto d'interessi ai sensi dell'art. 17 dell'ACN medicina generale vigente.

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

Per ogni utente è:

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

L'organizzazione garantisce all'ospite:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Art. 6** *Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del centro diurno per soggetti non autosufficienti.*

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

#### 6.1 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DEL CENTRO DIURNO PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

La struttura deve, in ogni caso, garantire:

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

Tutti i servizi devono essere dotati della massima accessibilità.

## 6.2 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO DIURNO PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

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

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

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

Il medico cui è affidata la direzione sanitaria:

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

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

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

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

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

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

Il personale medico è composto da medici specialisti in geriatria o neurologia o

psichiatria e discipline equipollenti.

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

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

Per ogni utente è:

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

L'organizzazione garantisce all'ospite:

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

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

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

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

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

ai dati.

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

---

## **Art. 7** *Requisiti specifici per l'autorizzazione all'esercizio.*

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

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

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

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

### **7.2 REQUISITI SPECIFICI TECNOLOGICI DELLE RSA**

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

### **7.3 REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI DELLE RSA**

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

È garantita la presenza di:

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

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



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

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

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

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

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

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

<b>NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE ESTENSIVA DI TIPO A PER PERSONE ANZIANE DA 20 POSTI LETTO</b>	<b>CODICE R2</b>
<b>FUGURE PROFESSIONALI</b>	<b>N. UNITÀ (*)</b>
RESPONSABILE SANITARIO	6 ore sett.
MEDICO SPECIALISTA	8 ore sett.
INFERMIERE PROFESSIONALE	3
OSS presenza h 24	5
TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE	1
EDUCATORE PROFESSIONALE O TERAPISTA OCCUPAZIONALE	1
PSICOLOGO	6 ore sett.
ASSISTENTE SOCIALE	6 ore sett.
Le figure professionali sono espresse in unità di lavoro a tempo pieno 1 unità di medico = 38 ore sett. 1 unità di altre figure professionali = 36 ore sett. Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana Il personale riportato in tabella s'intende personale in organico, come rilevabile dalla documentazione obbligatoria in materia di lavoro.	

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

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

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

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

Ferma restando la dotazione organica relativa agli OSS, stabilita nella tabella di cui innanzi in misura pari a n. 5 unità per ogni modulo da 20 posti letto, nelle

strutture con più moduli l'organico complessivo del personale OSS è utilizzato in funzione delle necessità assistenziali unitarie della struttura assicurando comunque la copertura durante il turno di notte di n. 1 OSS ogni 40 posti letto.

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

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

<b>NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE ESTENSIVA DI TIPO B PER PERSONE AFFETTE DA DEMENZA DA 20 POSTI LETTO</b>	<b>CODICE R2D</b>
<b>FUGURE PROFESSIONALI</b>	<b>N. UNITÀ (*)</b>
RESPONSABILE SANITARIO	6 ore sett.
MEDICO SPECIALISTA	6 ore sett.
TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE	0,5
INFERMIERE PROFESSIONALE	3
OSS Con presenza di 1 OSS la notte	8
EDUCATORE PROFESSIONALE O TERAPISTA OCCUPAZIONALE	1,5
PSICOLOGO	12 ore sett.
ASSISTENTE SOCIALE	6 ore sett.
Le figure professionali sono espresse in unità di lavoro a tempo pieno 1 unità di medico = 38 ore sett. 1 unità di altre figure professionali = 36 ore sett. Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana Il personale riportato in tabella s'intende personale in organico, come rilevabile dalla documentazione obbligatoria in materia di lavoro.	

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

Oltre allo standard di infermiere professionale riportato nella tabella, deve essere garantita la presenza di n. 1 unità infermieristica in possesso di attestato di BLS2 durante il turno notturno all'interno della struttura. A tal riguardo si rimanda a quanto esplicitato sul punto nel paragrafo 7.3.3.

I professionisti sanitari della riabilitazione devono essere in possesso di idoneo titolo (fisioterapista ex [D.M. 14 settembre 1994 n. 741](#) - [D.M. 27 luglio 2000](#); terapeuta occupazionale ex [D.M. 17 gennaio 1997, n. 136](#) - [D.M. 27 luglio 2000](#); educatore professionali ex [D.M. 8 ottobre 1998, n. 520](#) - [D.M. 27 luglio 2000](#)) In riferimento agli educatori professionali in servizio nella struttura alla data di entrata in vigore del presente regolamento, si rinvia a quanto previsto dall'[art. 46 del Reg. reg. n. 4/2007](#) per quanto compatibile con la normativa nazionale e regionale in materia di professioni sociosanitarie.

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

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

<b>NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE DI MANTENIMENTO DI TIPO A PER PERSONE ANZIANE DA 20 POSTI LETTO</b>	<b>CODICE R3</b>
<b>FUGURE PROFESSIONALI</b>	<b>N. UNITÀ (*)</b>
RESPONSABILE SANITARIO	4 ore sett.
MEDICO SPECIALISTA	2 ore sett.
INFERMIERE PROFESSIONALE	2
OSS presenza h 24	5

TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE	12 ore sett.
EDUCATORE PROFESSIONALE O TERAPISTA OCCUPAZIONALE	12 ore sett.
PSICOLOGO	6 ore sett.
ASSISTENTE SOCIALE	6 ore sett.
Le figure professionali sono espresse in unità di lavoro a tempo pieno 1 unità di medico = 38 ore sett. 1 unità di altre figure professionali = 36 ore sett. Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana Il personale riportato in tabella s'intende personale in organico, come rilevabile dalla documentazione obbligatoria in materia di lavoro.	

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

I professionisti sanitari della riabilitazione devono essere in possesso di idoneo titolo (fisioterapista ex *D.M. 14 settembre 1994 n. 741 - D.M. 27 luglio 2000*; terapeuta occupazionale ex *D.M. 17 gennaio 1997, n. 136 - D.M. 27 luglio 2000*; educatore professionali ex *D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 - D.M. 27 luglio 2000*). In riferimento agli educatori professionali in servizio nella struttura alla data di entrata in vigore del presente regolamento, si rinvia a quanto previsto dall'*art. 46 del Reg. reg. n. 4/2007* per quanto compatibile con la normativa nazionale e regionale in materia di professioni sociosanitarie.

Oltre allo standard di infermiere professionale riportato nella tabella, deve essere garantita la presenza di n.

1 unità infermieristica in possesso di attestato di BLSD durante il turno notturno all'interno della struttura.

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

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

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

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

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

<b>NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE DI MANTENIMENTO DI TIPO B PER PERSONE AFFETTE DA DEMENZA DA 20 POSTI LETTO</b>	<b>CODICE R3</b>
<b>FUGURE PROFESSIONALI</b>	<b>N. UNITÀ (*)</b>
RESPONSABILE SANITARIO	4 ore sett.
MEDICO SPECIALISTA	2 ore sett.
TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE	12 ore sett.
INFERMIERE PROFESSIONALE	1,5
OSS presenza h 24	5
EDUCATORE PROFESSIONALE O TERAPISTA OCCUPAZIONALE	12 ore sett.

PSICOLOGO	8 ore sett.
ASSISTENTE SOCIALE	6 ore sett.
Le figure professionali sono espresse in unità di lavoro a tempo pieno 1 unità di medico = 38 ore sett. 1 unità di altre figure professionali = 36 ore sett. Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana Il personale riportato in tabella s'intende personale in organico, come rilevabile dalla documentazione obbligatoria in materia di lavoro.	

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

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

I professionisti sanitari della riabilitazione devono essere in possesso di idoneo titolo (fisioterapista ex *D.M. 14 settembre 1994 n. 741 - D.M. 27 luglio 2000*; terapeuta occupazionale ex *D.M. 17 gennaio 1997, n. 136 - D.M. 27 luglio 2000*; educatore professionali ex *D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 - D.M. 27 luglio 2000*) In riferimento agli educatori professionali in servizio nella struttura alla data di entrata in vigore del presente regolamento, si rinvia a quanto previsto dall'*art. 46 del Reg. reg. n. 4/2007* per quanto compatibile con la normativa nazionale e regionale in materia di professioni sociosanitarie.

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

#### 7.4 REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO DIURNO PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

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

È garantita la presenza di:

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

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

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

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

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

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

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

<b>NUCLEO DI ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI DA 30 POSTI</b>	<b>CODICE SR-SRD</b>
<b>FUGURE PROFESSIONALI</b>	<b>N. UNITÀ (*)</b>
RESPONSABILE SANITARIO	4 ore sett.
MEDICO SPECIALISTA (geriatra, neurologo)	6 ore sett
FISIOTERAPISTA	12 ore sett
INFERMIERE PROFESSIONALE	18 ore sett
OSS	5
EDUCATORE PROFESSIONALE	4
PSICOLOGO	12 ore sett
ASSISTENTE SOCIALE	8 ore sett.
(*) 1 unità di medico = 38 ore sett. 1 unità di altre figure professionali = 36 ore sett. Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana Il personale riportato in tabella s'intende personale in organico, come rilevabile dalla documentazione obbligatoria in materia di lavoro.	

I professionisti sanitari della riabilitazione devono essere in possesso di idoneo titolo (fisioterapista ex [D.M. 14 settembre 1994 n. 741](#) - [D.M. 27 luglio 2000](#); educatore professionali ex [D.M. 8 ottobre 1998, n. 520](#) - [D.M. 27 luglio 2000](#)) In riferimento agli educatori professionali in servizio nella struttura alla data di entrata in vigore del presente regolamento, si rinvia a quanto previsto dall'[art. 46 del Reg. reg. n. 4/2007](#) per quanto compatibile con la normativa nazionale e regionale in materia di professioni sociosanitarie.

**Art. 8** *Requisiti per l'accreditamento della RSA e del centro diurno per soggetti non autosufficienti.*

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

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

## **8.1 OBIETTIVO 1 - SISTEMA DI GESTIONE**

### **8.1.1. Politica, obiettivi e piano di attività.**

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

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

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

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

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

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

### **8.1.2. Obiettivi della struttura**

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

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

### **8.1.3. Obiettivi generali**

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

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

### **8.1.4. Obiettivi specifici**

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

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

Essi debbono inoltre:

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

Il piano di attività deve, in particolare, comprendere:

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

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

#### **8.1.5. Diffusione - Condivisione - Motivazione**

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

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

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

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



### **8.1.6. Risorse umane**

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

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

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

1) il fabbisogno del personale a rapporto di dipendenza definito sulla base dei volumi, delle tipologie delle attività e di quanto previsto nell'ambito dei requisiti specifici contenuti negli articoli seguenti del presente regolamento, per ciascuna tipologia di attività;

2) la dotazione del personale a rapporto di dipendenza in servizio suddiviso per ruolo, profilo professionale e posizione funzionale, nonché la dotazione di personale in servizio con altra tipologia di rapporto di lavoro;

3) il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale impiegato;

4) il possesso da parte del personale sanitario a rapporto di dipendenza - medico, psicologo, infermieristico, tecnico della riabilitazione e socio-sanitario dei requisiti di accesso che devono risultare identici a quelli richiesti per l'accesso al SSN; 5) la corretta applicazione, nei confronti del personale, dei contratti collettivi nazionali di lavoro di categoria.

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

### **8.1.7. Controllo del sistema per misurazioni**

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

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

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

### **8.1.8. Miglioramento della qualità**

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

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



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

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

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

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

La valutazione interna, il miglioramento ed il mantenimento della buona qualità si completano con la valutazione esterna, che deve essere parallela e di supporto alla valutazione interna ed al miglioramento. Nel creare le condizioni per il miglioramento della qualità del servizio, occorre:

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

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

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

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

- a) focalizzazione sul soddisfacimento dei bisogni degli utenti, sia interni che esterni;
- b) coinvolgimento di tutte le articolazioni organizzative della struttura nel miglioramento della qualità;
- c) dimostrazione dell'impegno, ruolo guida e coinvolgimento della direzione;
- d) enfattizzazione sul miglioramento come parte del lavoro di ognuno, in gruppo o individuale;

- e) facilitazione alla comunicazione aperta e all'accesso a dati ed informazioni;
- f) promozione del lavoro di gruppo e del rispetto per l'individuo;
- g) assunzione delle decisioni sulla base dell'analisi dei dati.

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

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

### **8.1.9. Obiettivi del miglioramento**

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

Gli obiettivi del miglioramento sono:

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

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

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

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

### **8.1.10. Metodologia di raccolta suggerimenti utenti**

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

La struttura effettua valutazioni e misurazioni continue della soddisfazione dell'utente, focalizzando su quanto 1 requisiti del servizio (comprese le modalità di erogazione) soddisfano le esigenze dell'utenza. A tal fine la struttura predispone, almeno una volta l'anno, una raccolta (questionari, sondaggi, indagini) sul grado di soddisfazione degli utenti per tenerne conto in sede di pianificazione dei programmi per il miglioramento del servizio.

### **8.1.11. Metodologie di confronto con comitati od associazioni**

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

## **8.2. OBIETTIVO 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI**

### **8.2.1. La carta dei servizi**

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

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

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

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

### **8.2.2. Struttura della carta dei servizi**

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

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

### **8.2.3. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti**

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

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

### **8.2.4. Continuità assistenziale**

L'organizzazione della struttura deve progettare ed implementare i processi di continuità per coordinare l'assistenza dei singoli pazienti tra le varie articolazioni organizzative. La definizione delle responsabilità e delle modalità per il passaggio

in cura contribuisce a migliorare la continuità, il coordinamento, la soddisfazione del paziente, la qualità e potenzialmente anche gli esiti. A tal fine la struttura deve:

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

### **8.2.5. Gestione della documentazione**

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

### **8.2.6. Struttura della documentazione**

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

- a) grado di conseguimento degli obiettivi generali e degli obiettivi specifici;
- b) livello di soddisfazione degli utenti circa la qualità del servizio;
- c) risultato di verifica delle attività;
- d) risultato dei piani di miglioramento;
- e) analisi per l'individuazione delle tendenze di qualità;
- f) azione correttiva e la sua efficacia;
- g) idoneità delle prestazioni dei fornitori;
- h) addestramento e competenza del personale;
- i) confronto con dati nazionali di riferimento.

### **8.2.7. Controllo della documentazione**

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

I metodi di cui sopra assicurano che i documenti siano:

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

### **8.2.8. Approvazione ed emissione dei documenti**

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

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

Il sistema di controllo, di cui sopra assicura che:

a) siano disponibili i documenti necessari in tutti i luoghi ove si svolgono le attività essenziali per garantire la qualità del servizio;

b) siano prontamente rimossi da tutti i centri di emissione o di utilizzazione documenti non validi ovvero superati, per evitare un loro uso indesiderato;

c) siano identificati i documenti superati e conservati per motivi legali e di conservazione delle conoscenze.

### **8.2.9. Distribuzione dei documenti modificati**

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

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

### **8.2.10. Gestione del dato**

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

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

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

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

A tale scopo, la direzione assicura:

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

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

### **8.2.11. Registrazione dei dati**

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

### **8.2.12. Motivazione delle registrazioni**

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

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

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

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

### **8.2.13. Conservazione dei documenti**

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

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

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

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

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

### **8.2.14. Verifica dei risultati**

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

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

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

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

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

La valutazione dei risultati e del servizio da parte della direzione si svolge su dati

oggettivi, in collaborazione con tutti gli operatori, e si sviluppa al livello delle articolazioni organizzative utilizzando personale interno preparato allo scopo. La valutazione di cui sopra verifica:

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

I professionisti sono particolarmente coinvolti ed incoraggiati all'utilizzo di specifiche tecniche per i processi in esame. Momenti di verifica formali tra i componenti dell'equipe, riunioni di gruppo periodiche, attività interprofessionali di miglioramento della qualità ed audit clinici possono essere previsti per i professionisti sanitari.

### **8.2.16. Criteri di registrazione dei dati**

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

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

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

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

## **OBIETTIVO 3 - ASPETTI STRUTTURALI**

### **8.3.1. Idoneità all'uso della struttura**

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

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

A tal fine la struttura deve:

- a) pianificare e inserire a bilancio il potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e

l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;

b) Prevedere la presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture;

c) Prevedere la presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, *audit* ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza);

d) Predisporre piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale;

e) Prevedere la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.

### **8.3.2. Gestione delle attrezzature**

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

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

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

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

### **8.3.3. Programmazione degli acquisti di attrezzature**

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

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

a) dell'evoluzione delle tipologie dei servizi;

b) dell'obsolescenza;

c) dell'adeguamento alle norme tecniche;

d) della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

### **8.3.4. Inventario delle attrezzature**

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

a) soddisfare gli obblighi di legge;

b) disporre di dati riassuntivi;

c) permettere la rintracciabilità delle attrezzature biomediche;

d) fare le analisi per stabilire dei criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici, tenendo conto dell'obsolescenza del parco macchine e



delle singole tipologie di apparecchiature biomediche.

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

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

### **8.3.5. Manutenzione**

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

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

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

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

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

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

### **8.3.6. Manutenzione preventiva e controlli di funzionalità e sicurezza**

Il piano di manutenzione prevede, se richiesto dalla tipologia delle attrezzature, le attività relative alla manutenzione preventiva e ai controlli di funzionalità e sicurezza delle attrezzature al fine di garantire la loro idoneità all'uso.

Il piano di manutenzione per le apparecchiature biomediche deve:

a) identificare tutte le apparecchiature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati riconosciuti nazionali. In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;

b) definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;

c) definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;

d) identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;

e) conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche;

f) assicurare che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo;

g) assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;

h) evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicarne il controllo funzionale e di sicurezza.

### **8.3.7. Archivio manutenzioni eseguite**

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

## OBIETTIVO 4 - COMPETENZE DEL PERSONALE

### **8.4.1. Formazione**

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

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

### **8.4.2. Inserimento, affiancamento, addestramento**

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

Le necessità di addestramento sono programmate tenendo presente:

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

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

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

### **8.4.3. Formazione e aggiornamento**

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

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

- a) individuare le esigenze formative;
- b) determinare gli strumenti e le risorse per far fronte a tali esigenze;

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

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

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

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

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

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

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

## OBIETTIVO 5 - COMUNICAZIONE

### **8.5.1. Comunicazione**

Per dare trasparenza alla propria politica e alle caratteristiche del servizio erogato, la struttura deve munirsi di strumenti idonei a garantire una corretta e sistematica comunicazione all'interno e all'esterno della organizzazione.

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

Alle Associazioni dei familiari maggiormente rappresentative in rapporto a ciascun ente erogatore è riconosciuto il diritto di informazione e di accesso agli atti che riguardino la pluralità dei pazienti e le loro esigenze diffuse. L'esercizio è finalizzato alla maggior tutela dei soggetti disabili e dei soggetti sui quali gravano

obblighi di vigilanza e assistenza in virtù di rapporti familiari e/o di parentela, di tutela, curatela, amministrazione di sostegno e/o a qualsivoglia altro titolo assimilabile. A tal fine l'ente erogatore provvederà a consentire effettivo accesso ed informazione, nel rispetto delle norme sulla riservatezza e sul trattamento dei dati.

La comunicazione deve essere efficace per informare su:

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

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

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

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

### **8.5.2. Comunicazione interna**

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

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

- a) assicurare che siano compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità;
- b) curare che ciascuno sia consapevole di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito all'utente;
- c) verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza (validità e affidabilità) nella misurazione;
- d) accertare periodicamente la motivazione del personale nel provvedere alla qualità del servizio (questionari, reclami, suggerimenti);
- e) evidenziare al personale il grado di raggiungimento degli obiettivi di qualità;
- f) raccogliere suggerimenti, favorire opportunità di incontro per analizzare le criticità e proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza ed efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;
- g) verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza a tutto il personale.

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

I metodi di comunicazione possono comprendere:

- a) incontri informativi della direzione;

- b) riunioni per scambi di informazioni;
- c) informazioni documentate;
- d) mezzi informatici.

## OBIETTIVO 6 - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

### **8.6.1. Approccio alla pratica clinica secondo evidenze**

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

Pertanto, la struttura deve prevedere:

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

### **8.6.2. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi**

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

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

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

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

analisi, gestione e monitoraggio e di strategie integrate.

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

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

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

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

Pertanto, la struttura deve prevedere:

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

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

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

La promozione della cultura della sicurezza non deve essere solo una dichiarazione di intenti, ma deve prevedere una strategia sistematica di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze specifiche che comprenda anche la valutazione delle competenze professionali, sia tecniche che non tecniche.

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

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

Pertanto, la struttura deve prevedere:

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

## 8.7. PROCESSI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE

### **8.7.1. Programmi e progetti di miglioramento**

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

### **8.7.2. Mantenimento dei miglioramenti acquisiti**

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

### **8.7.3. Continuità del miglioramento**

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

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

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

---

## **Art. 9** *Fabbisogno per l'autorizzazione all'esercizio.*

1. Il fabbisogno regionale delle strutture oggetto del presente regolamento è distinto in:

- a) fabbisogno di posti letto/posti semiresidenziali che possono essere autorizzati all'esercizio;
- b) fabbisogno di posti letto/posti semiresidenziali che possono essere anche accreditati.

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

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

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

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

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

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

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

a) posti letto/posti semiresidenziali di RSA ex [Reg. reg. n. 3/2005](#) pubblici già autorizzati all'esercizio o già previsti in atti di programmazione sanitaria regionale;

b) posti letto/posti semiresidenziali di RSA ex [Reg. reg. n. 3/2005](#) privati già autorizzati all'esercizio;

c) posti letto/posti semiresidenziali di RSA ex [Reg. reg. n. 3/2005](#) privati per i quali è stato concesso parere di compatibilità e per i quali non sia decorso il termine biennale di validità ai sensi della ex [L.R. n. 8/2004](#) e s.m.i.;

d) i posti di RSA ex [Reg. reg. n. 3/2005](#) già assegnati con la Delib.G.R. 18 novembre 2002, n. 1870 (Piano di riconversione dei Presidi ospedalieri di Bisceglie e Foggia di cui alla del. cons. reg. n. 380/1999 e successive modificazioni di cui alla del. giunta reg. 1087/2002 - Definizione dei rapporti con la congregazione religiosa "Casa della Divina provvidenza");

e) i posti letto di RSSA ex [art. 66 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

f) i posti letto di RSSA ex [art. 66 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. e di Centri diurni ex [art. 60-ter Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. realizzati dalle AASSLL, dai Comuni o dalle ASP o dai soggetti privati con il contributo dei fondi FESR, della Regione e/o dei Comuni e non ancora autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

g) i posti letto di RSSA ex [art. 66 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. e di Centri diurni ex [art. 60-ter Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. che hanno presentato istanza di autorizzazione alla realizzazione o alla ristrutturazione di strutture sanitarie e sociosanitarie con mezzi propri presentate dai privati alla data del 31/12/2017 che all'entrata in vigore del presente regolamento sono state autorizzate ovvero per le quali è decorso, senza diniego, il termine previsto dalla legge per il rilascio;

h) i posti letto di RSAA ex [art. 67 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i., ai sensi dell'[art. 7-bis della L.R. n. 53/2017](#) e s.m.i., per i quali sia stata presentata istanza di ricalificazione quali RSA di mantenimento;

## Art. 10 Fabbisogno per l'accreditamento.

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

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



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

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

3. Nell'ambito del fabbisogno di RSA di cui al comma 1 rientrano:

a) i posti letto di RSA pubbliche e private già autorizzate all'esercizio ed accreditate ai sensi del [Reg. reg. n. 3/2005](#) alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

b) i posti letto di RSA pubbliche e private già autorizzate all'esercizio ai sensi del [Reg. reg. n. 3/2005](#) alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

c) i posti letto di RSA pubbliche e private per i quali è stato concesso parere di compatibilità e per i quali lo stesso non sia decaduto alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

d) i posti letto di RSSA ex [art. 66 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento, nel limite massimo dei posti letto contrattualizzati;

e) i posti letto di RSA pubblici e di RSSA pubblici previsti in atti di programmazione regionale;

f) i posti letto di RSSA ex [art. 66 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. di Aziende Pubbliche per i servizi alle persona (ASP) ai sensi dell'[art. 62 della L.R. n. 67/2017](#) fatti salvi i seguenti posti letto:

i. posti letto di RSA ex [Reg. reg. n. 3/2005](#) già assegnati con la Delib.G.R. 18 novembre 2002, n. 1870 (Piano di riconversione dei Presidi ospedalieri di Bisceglie e Foggia di cui alla del. cons. reg. n. 380/1999 e successive modificazioni di cui alla del. giunta reg. 1087/2002 - Definizione dei rapporti con la congregazione religiosa "Casa della Divina provvidenza");

ii. posti letto di RSSA ex [art. 66 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale con la ASL che alla data di entrata in vigore del presente regolamento sono occupati da a) pazienti provenienti dagli Istituti Ortofrenici e dalle strutture manicomiali e b) soggetti psichiatrici stabilizzati con età superiore ai 64 anni inviati dal Dipartimento di Salute Mentale.

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

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

a) il 50% dei posti letto sono attribuiti alle RSA pubbliche e private già autorizzate all'esercizio ed accreditate ai sensi del [Reg. reg. n. 3/2005](#) alla data di entrata in vigore del presente regolamento mediante riconversione del corrispondente numero di posti già autorizzati ed accreditati, ai sensi del successivo art. 12;

b) il 50% dei posti letto sono attribuiti alle RSSA ex [art. 66 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del

presente regolamento mediante riconversione del corrispondente numero di posti già autorizzati al funzionamento, ai sensi del successivo art. 12.

I posti di RSA di cui alla Delib.G.R. 18 novembre 2002, n. 1870 si riconvertono in:

- n. 40 posti letto di RSA estensiva:
  - n. 1 nucleo da n. 20 p.l. di prestazioni estensive per anziani;
  - n. 1 nucleo da n. 20 p.l. di prestazioni estensive per soggetti affetti da demenzaper ciascuna delle due sedi di Foggia e Bisceglie;
- n. 200 posti letto di RSA di mantenimento:
  - n. 8 nucleo da n. 20 p.l. di prestazioni di mantenimento per anziani;
  - n. 2 nucleo da n. 20 p.l. di prestazioni di mantenimento per soggetti affetti da demenzaper ciascuna delle due sedi di Foggia e Bisceglie.

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

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

a) il 30% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS in cui si registra un esubero di posti letto già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti. La quota del 30% è distribuita, nel limite massimo di un nucleo da n. 20 p.l., alle RSSA ex [art. 66 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento e non contrattualizzate alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

b) il restante 70% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS carenti e parzialmente carenti di posti letto già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti, da distribuirsi in base alla popolazione residente. La quota del 70% è assegnata, nel limite massimo di un nucleo da n. 20 p.l., alle RSSA ex [art. 66 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento, con il seguente ordine di preferenza:

1. RSSA ex [art. 66 Reg. reg. n. 4/2007](#) non contrattualizzata;
2. RSSA ex [art. 66 Reg. reg. n. 4/2007](#) già contrattualizzata.

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

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

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

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

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

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

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

a) i posti di RSA diurno Alzheimer pubbliche e private già autorizzate all'esercizio ed accreditate ai sensi del [Reg. reg. n. 3/2005](#) alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

b) i posti di RSA diurno Alzheimer pubbliche e private già autorizzate all'esercizio ai sensi del [Reg. reg. n. 3/2005](#) alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

c) i posti di RSA diurno Alzheimer pubbliche e private per i quali è stato concesso parere di compatibilità e per i quali lo stesso non sia decaduto alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

d) i posti di RSA diurno Alzheimer pubblici e i posti di Centro diurno per soggetti affetti da demenza ex [art. 60-ter Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. pubblici previsti in atti di programmazione regionale;

e) i posti di Centro diurno per soggetti affetti da demenza ex [art. 60-ter Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. pubblici e privati già autorizzati al funzionamento e contrattualizzati con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

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

7. La restante quota di posti disponibili di Centro diurno su base provinciale, e non oggetto del processo di riconversione di cui al precedente comma 6, ovvero la restante quota di posti disponibili di Centro diurno per soggetti non autosufficienti riveniente dalla ricognizione di cui all'art. 12.1 lettera b), è assegnata all'esito delle procedure di cui al successivo art. 12, con le seguenti modalità:

a) il 30% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS in cui si registra un esubero di posti letto già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti. La quota del 30% sarà distribuita, nel limite massimo di un nucleo da n. 30 posti ai Centri diurni ex *art. 60-ter Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. pubblici e privati già autorizzati al funzionamento e non contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

b) il restante 70% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS carenti e parzialmente carenti di posti già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti, da distribuirsi in base alla popolazione residente. La quota del 70% è assegnata, nel limite di un nucleo da n. 30 posti, ai Centri diurni ex *art. 60-ter Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. pubblici e privati già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento, con il seguente ordine di preferenza:

1. Centro diurno ex *art. 60-ter Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. non contrattualizzato;
2. Centro diurno ex *art. 60-ter Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. già contrattualizzata.

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

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

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

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

7.1. In riferimento alle Aziende Sanitarie Locali che non hanno sottoscritto accordi contrattuali con Centri diurni ex *art. 60-ter Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i., la restante quota di posti disponibili di Centro diurno su base provinciale, e non oggetto del processo di riconversione di cui al precedente comma 6, ovvero la restante quota di posti disponibili di Centro diurno per soggetti non autosufficienti

riveniente dalla ricognizione di cui all'art. 12.1 lettera b), è assegnata all'esito delle procedure di cui al successivo art. 12, mediante distribuzione su base distrettuale in base alla popolazione residente.

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

---

---

**Art. 11** *Autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio ed accreditamento.*

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

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

---

---

**Art. 12** *Norme transitorie.*

**12.1 DISPOSIZIONI TRANSITORIE**

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

indicati nel presente articolo, comporta la revoca dell'autorizzazione e dell'accreditamento ai sensi e per gli effetti degli articoli [14](#), commi 6 e 8, e [26](#), commi 2 lett. b) e 3, [L.R. n. 9/2017](#).

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

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

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

1. Le RSSA ex [art. 66 Reg. reg. 4/2007](#) e smi già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzate con la ASL, ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio come RSA di mantenimento - nuclei di prestazioni di mantenimento per anziani e nuclei prestazioni mantenimento per soggetti affetti da demenza, si adeguano ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini di seguito indicati a far data dall'entrata in vigore del presente regolamento:

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

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

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

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

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

2. Le RSA ex [Reg. reg. 3/2005](#) alle quali è stato concesso parere di compatibilità e in corso di realizzazione, ai fini dell'istanza per l'autorizzazione all'esercizio come RSA di mantenimento - nuclei di prestazioni di mantenimento per anziani e nuclei

prestazioni mantenimento per soggetti affetti da demenza possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, ma devono possedere i requisiti tecnologici ed organizzativi minimi e specifici previsti dal presente regolamento relativamente ai nuclei di mantenimento per soggetti non autosufficienti (anziani e soggetti affetti da demenza).

## **12.5 NORME TRANSITORIE PER LE RSA DIURNO ALZHEIMER EX [Reg. reg. 3/2005](#) E PER I CENTRI DIURNI EX [ART. 60-TER Reg. reg. 4/2007](#) e smi CONTRATTUALIZZATI CON LE AA.SS.LL.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



commi 2 lett. b) e 3, [L.R. n. 9/2017](#).

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

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

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

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

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

In deroga al precedente punto b), i Centri diurni ex [art. 60-ter Reg. reg. 4/2007](#) e smi possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

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

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

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

2. I Centri diurni ex [Reg. reg. 3/2005](#) ai quali è stato concesso parere di compatibilità e in corso di realizzazione, ai fini dell'istanza per l'autorizzazione all'esercizio come Centri diurni disciplinati dal presente regolamento possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, ma devono

dimostrare il possesso dei requisiti tecnologici ed organizzativi minimi e specifici previsti dal presente regolamento relativamente ai nuclei semiresidenziali di mantenimento per soggetti non autosufficienti.

## **12.8 NORME TRANSITORIE PER I POSTI DI RSA EX *Reg. reg. n. 3/2005* GIÀ ASSEGNATI CON LA *Delib.G.R. 18 NOVEMBRE 2002, n. 1870***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. La mancata presentazione dell'istanza di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento deve intendersi quale rinuncia ai sensi e per gli effetti degli *articoli 9, comma 4, lett. c) e 26, comma 2, lett. a) L.R. n. 9/2017*. Il

mancato adeguamento ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini indicati nel presente articolo, comporta la revoca dell'autorizzazione e dell'accreditamento ai sensi e per gli effetti degli articoli 14, commi 6 e 8, e 26, commi 2 lett. b) e 3, *L.R. n. 9/2017*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **12.10 MONITORAGGIO**

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

---

### **Art. 13** *Verifiche e sanzioni.*

1. Le verifiche sul rispetto delle disposizioni di legge, sul possesso e sulla permanenza dei requisiti generali e di quelli strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi specifici per le RSA e i Centri diurni per soggetti non autosufficienti sono effettuate ai sensi della [L.R. 2 maggio 2017, n. 9](#) e s.m.i.

2. Per quanto attiene il regime sanzionatorio si rinvia a quanto espressamente disciplinato in materia dalla [L.R. 2 maggio 2017, n. 9](#) e s.m.i.

---

### **Art. 14** *Norma di rinvio.*

1. Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento, si rinvia alla normativa regionale vigente in materia, ed in particolare alla [L.R. 9/2017](#) e s.m.i., alla [L.R. n. 53/2017](#) e s.m.i. e al [Reg. reg. n. 3/2005](#) e s.m.i. per la sezione A "Requisiti generali", ed alla normativa nazionale vigente in materia.

2. Per le strutture ammesse alla deroga di cui al precedente art. 12, nei limiti di quanto previsto nello stesso articolo, si rinvia ai requisiti strutturali per le RSA del [Reg. reg. n. 3/2005](#), ai requisiti strutturali per le RSSA [art. 66 del Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i., ai requisiti strutturali per i Centri diurni [art. 60-ter del Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. e al [D.M. 308/2001](#).

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

---

## **Allegato B**

### **"Prime indicazioni operative relative al regolamento regionale sull'Assistenza residenziale e semiresidenziale ai soggetti non autosufficienti - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) estensiva e di mantenimento - Centro diurno per soggetti non autosufficienti"**

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

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

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

L'art. 9 del regolamento prevede:

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

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

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

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

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

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



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

Pertanto, al fine di poter assegnare i nuovi posti letto/posti semiresidenziali da autorizzare all'esercizio, tenuto conto che i predetti sono stabiliti in numero pari al 30% dei posti relativi all'accreditamento e che la relativa distribuzione deve avvenire su base distrettuale tenuto conto dei DSS carenti o parzialmente carenti di posti, è necessario dapprima procedere alla ricognizione dei posti letto/posti semiresidenziali già autorizzati all'esercizio o previsti in atti di programmazione regionale o finanziati con fondi FESR. Ciò al fine di stabilire quali siano i DSS carenti o parzialmente carenti di posti e permettere una distribuzione di strutture quanto più omogenea sul territorio nel rispetto del principio di prossimità delle strutture e servizi sociosanitari rispetto al bisogno dell'utenza.

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

**Fino alla data di approvazione dell'atto ricognitivo delle strutture di cui all'art. 9, comma 3, lett. a) - h) del regolamento, saranno inammissibili le nuove istanze presentate ai fini dell'ottenimento del parere di compatibilità al fabbisogno regionale per la realizzazione di strutture**

**sociosanitarie, ai sensi della [L.R. n. 9/2017](#) e s.m.i., propedeutica al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Inoltre, ai sensi dell'art. 12.3 del regolamento *"Norme transitorie per le RSSA ex art. 66 Reg. reg. 4/2007 e smi autorizzate al funzionamento e non contrattualizzate con le AA.SS.LL."* e dell'art. 12.6 *"Norme transitorie per i Centri diurni ex art. 50-ter Reg. reg. 4/2007 e smi autorizzati al funzionamento e non contrattualizzati con le AA.SS.LL."* le RSSA ex art. 66 Reg. reg. 4/2007 ed i Centri diurni ex art. 60-ter Reg. reg. n. 4/2007 già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del regolamento e non contrattualizzati con la ASL, devono richiedere la conferma dell'autorizzazione all'esercizio rispettivamente come RSA di mantenimento nuclei di prestazioni di mantenimento per anziani e nuclei prestazioni mantenimento per soggetti affetti da demenza e come Centri diurni per soggetti non autosufficienti con l'obbligo di adeguarsi ai requisiti di cui al nuovo regolamento nei termini di seguito indicati a far data dall'entrata in vigore dello stesso regolamento:

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

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

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

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



posti letto disponibili possono presentare istanza di accreditamento rispettivamente come RSA di mantenimento - nuclei di prestazioni di mantenimento per anziani e nuclei prestazioni mantenimento per soggetti affetti da demenza e come Centri diurni per soggetti non autosufficienti.

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

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

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

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

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

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

**Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, le RSA ex Reg. reg. 3/2005, le RSSA ex art. 66 Reg. reg. 4/2007, le RSA diurno Alzheimer ex Reg. reg. 3/2005, i Centri diurni ex art. 60-ter Reg. reg. 4/2007 manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate all'esercizio ed accreditate con le relative tariffe vigenti alla stessa data.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

---

Copyright 2015 Wolters Kluwer Italia Srl. All rights reserved.

Puglia

Reg. reg. 21-1-2019 n. 5

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

Pubblicato nel B.U. Puglia 25 gennaio 2019, n. 9.

## **Reg. reg. 21 gennaio 2019, n. 5 <sup>(1)</sup>.**

### **Regolamento regionale sull'Assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti disabili - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per disabili - Centro diurno socioeducativo e riabilitativo per disabili.**

(1) Pubblicato nel B.U. Puglia 25 gennaio 2019, n. 9.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE:

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

**VISTO** l'[art. 42, comma 2, lett. c\) della L.R. 12 maggio 2004, n. 7](#) "Statuto della Regione Puglia";

**VISTO** l'[art. 44, comma 2, della L.R. 12 maggio 2004, n. 7](#) "Statuto del Regione Puglia" così come modificato dalla [L.R. 20 ottobre 2014, n. 44](#);

**VISTA** la Delibera di Giunta Regionale n. 2450 del 21 dicembre 2018 di adozione del Regolamento;

emana

il seguente regolamento

#### **Art. 1 Finalità.**

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

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

---

**Art. 2** *Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per disabili.*

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

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

Il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento eroga trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, in età compresa tra i 18 e i 64 anni, che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse nei Presidi di Riabilitazione, ma che richiedono un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria, che non sono in grado di condurre una vita autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, non possono far prevedere che limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e non possono essere assistite a domicilio.

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

La durata della degenza non è preordinata.

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

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

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

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

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

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

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

1) con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS di residenza del paziente, previa redazione del PAI, su prescrizione-proposta:

- del MMG;
- del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti o di Riabilitazione e Lungodegenza che dimette il paziente;

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

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

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

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

La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza nei nuclei di mantenimento di RSA disabili deve essere preventivamente autorizzato dall'UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante. A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 30 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica inderogabilmente la richiesta di proroga alla UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente.

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

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

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

Decorsi inutilmente i termini dei 30 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata. Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o

proroghe) in sede di verifica dell'appropriatezza che vale fatto salvo il periodo di proroga tacitamente accordato.

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

---

### **Art. 3** *Centro diurno socioeducativo e riabilitativo per disabili.*

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

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

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

Il centro deve, in ogni caso, organizzare:

- attività educative indirizzate all'autonomia;
- attività di socializzazione ed animazione;
- attività espressive, psico-motorie e ludiche;
- attività culturali e di formazione;
- prestazioni sociosanitarie e riabilitative.

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

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

La durata della degenza non è preordinata.

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

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

Il Centro diurno per disabili assicura l'apertura e l'erogazione dei servizi previsti per almeno otto ore al giorno, per sei giorni a settimana, dal lunedì al sabato, esclusi i giorni festivi da calendario, per un massimo di 280 giorni all'anno. La

frequenza di utilizzo del Centro per ciascun utente potrà essere di 3 o 6 accessi alla settimana, in base a quanto definito nel PAI.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Decorsi inutilmente i termini dei 30 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata. Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o



proroghe) in sede di verifica dell'appropriatezza che vale fatto salvo il periodo di proroga tacitamente accordato.

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

---

---

**Art. 4** *Requisiti strutturali generali per la RSA disabili e il Centro diurno socioeducativo e riabilitativo per disabili.*

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

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

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

---

---

**Art. 5** *Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle RSA disabili.*

**5.1 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER LE RSA**

**Standard dimensionali e strutturali**

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

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

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

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

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

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

### **Area abitativa**

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

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

### **Servizi di nucleo**

I seguenti servizi possono servire anche diversi nuclei:

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

### **Area destinata alla valutazione e alle terapie**

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

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

### **Area della socializzazione**

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

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

### **Servizi a richiesta dell'utenza**

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

### **Aree generali e di supporto**

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

Devono essere previsti:

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

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

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

## **5.2 REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI PER LE RSA disabili**

Tutti gli ambienti delle varie aree e servizi (area abitativa, servizi di nucleo, area destinata alla valutazione e alle terapie, area della socializzazione, aree generali e

di supporto) devono essere dotati di impianto di riscaldamento e di condizionamento.

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

Devono essere presenti:

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

### 5.3 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI PER LE RSA DISABILI

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

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

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

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

Il medico cui è affidata la direzione sanitaria:

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

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

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

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

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

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

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

(\*)

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

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

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

Per ogni utente è:

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

L'organizzazione garantisce all'ospite:

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

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

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

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

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

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

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

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

**Art. 6** *Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del Centro diurno socioeducativo e riabilitativo per disabili.*

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

### **6.1 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DEL CENTRO DIURNO PER DISABILI**

La struttura deve, in ogni caso, garantire:

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

Tutti i servizi devono essere dotati della massima accessibilità.

### **6.2 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO DIURNO per disabili**

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

(\*)

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

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

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

Il medico cui è affidata la direzione sanitaria:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature e degli impianti;
- vigila sulla puntuale osservanza delle norme igienico sanitarie, sulla efficienza e sicurezza dello strumentario e dei locali, sulla validità e corretta applicazione delle metodologie in uso;

- vigila sulla gestione dei farmaci;
- vigila sul rispetto delle norme che regolamentano le incompatibilità del personale;
- garantisce la regolare presenza del personale;
- è responsabile della predisposizione del PAI per ciascun paziente e della regolare erogazione;
- è responsabile della registrazione delle cartelle cliniche degli ospiti, del loro aggiornamento periodico e dell'archiviazione;
- vigila sull'aggiornamento formativo dell'équipe della struttura.

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

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

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

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

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

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

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

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

Per ogni utente è:

- redatto il Piano Assistenziale Individuale;
- compilata la cartella clinica che deve contenere i dati relativi al paziente (anagrafici, operatori di riferimento, diagnosi, valutazione sociale), il PAI, il



dettaglio delle attività effettuate da ciascun operatore, i risultati degli strumenti di valutazione utilizzati, le verifiche con l'indicazione dei risultati raggiunti e la motivazione della chiusura del programma; in cartella sono registrate le eventuali assenze dell'utente dalla struttura, con la relativa motivazione.

L'organizzazione garantisce all'ospite:

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

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

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

È garantita alla famiglia una adeguata informazione e partecipazione nonché specifica formazione prima del rientro del paziente nel proprio ambiente di vita. Il sistema di archiviazione delle cartelle cliniche deve consentire un rapido accesso ai dati.

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

---

## **Art. 7** *Requisiti specifici per l'autorizzazione all'esercizio.*

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

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

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

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

## 7.2 REQUISITI SPECIFICI TECNOLOGICI DELLE RSA DISABILI

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

## 7.3 REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI DELLE RSA DISABILI

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

È garantita la presenza di:

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

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

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

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

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

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

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

## condizioni di gravità

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

<b>NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO A PER PERSONE DISABILI GRAVI DA 20 POSTI LETTO</b>	<b>CODICE RD3</b>
<b>FUGURE PROFESSIONALI</b>	<b>N. UNITÀ (*)</b>
RESPONSABILE SANITARIO	6 ore sett.
INFERMIERE PROFESSIONALE	3
OSS H 24	5
FISIOTERAPISTA/LOGOPEDISTA	18 ore sett.
EDUCATORE PROFESSIONALE O TERAPISTA OCCUPAZIONALE	18 ore sett.
ASSISTENTE SOCIALE	4 ore sett.
<i>Le figure professionali sono espresse in unità di lavoro a tempo pieno            1 unità di medico = 38 ore sett.            1 unità di altre figure professionali = 36 ore sett.            Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana            Il personale riportato in tabella s'intende personale in organico, come rilevabile dalla documentazione obbligatoria in materia di lavoro.</i>	

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

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

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

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

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

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

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

### 7.3.2 Requisiti specifici organizzativi per RSA disabili - nucleo di assistenza residenziale mantenimento di tipo B per disabili con moderato impegno assistenziale o disabili privi di sostegno familiare

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale di n. 1 nucleo

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

<b>NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO B PER PERSONE DISABILI NON GRAVI O PRIVI DEL SOSTEGNO FAMILIARE DA 20 POSTI LETTO</b>	<b>CODICE RD4</b>
<b>FUGURE PROFESSIONALI</b>	<b>N. UNITÀ (*)</b>
RESPONSABILE SANITARIO	3 ore sett.
FISIOTERAPISTA/LOGOPEDISTA	9 ore sett.
INFERMIERE PROFESSIONALE	1
OSS presenza h 24	5
EDUCATORE PROFESSIONALE O TERAPISTA OCCUPAZIONALE	18 ore sett.
ASSISTENTE SOCIALE	4 ore sett.
<i>Le figure professionali sono espresse in unità di lavoro a tempo pieno;            1 unità di medico = 38 ore sett.            1 unità di altre figure professionali = 36 ore sett.            Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana            Il personale riportato in tabella s'intende personale in organico, come rilevabile dalla documentazione obbligatoria in materia di lavoro.</i>	

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

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

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

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

#### **7.4 REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO DIURNO SOCIOEDUCATIVO E RIABILITATIVO PER DISABILI**

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

È garantita la presenza di:

- medico specialista con funzione di responsabile sanitario;
- psicologo;
- terapeuta della riabilitazione;
- educatori professionali/terapisti occupazionali;
- operatore socio-sanitario dedicati all'assistenza.

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

a) adottare una tabella dietetica contenente indicazioni relative ai menù, alle grammature, nonché alle tecniche di preparazione e cottura degli alimenti,

validata dal Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione della ASL territorialmente competente;

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

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

Di seguito è riportato lo standard organizzativo minimo del Centro diurno disabili. Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale per 30 posti; per nuclei con numero di posti inferiori a 30, il personale è rapportato al numero dei posti.

<b>NUCLEO DI ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI DA 30 POSTI</b>	
<b>FUGURE PROFESSIONALI</b>	<b>N. UNITÀ (*)</b>
RESPONSABILE SANITARIO	4 ore sett.
MEDICO SPECIALISTA	4 ore sett.
FISIOTERAPISTA/LOGOPEDISTA	1
OSS	2
EDUCATORE PROFESSIONALE/TERAPISTA OCCUPAZIONALE	6
PSICOLOGO	4 ore sett.
ASSISTENTE SOCIALE	18 ore sett.
(*) 1 unità di medico = 38 ore sett. 1 unità di altre figure professionali = 36 ore sett. Laddove sono indicate le ore, queste si intendono ore a settimana Il personale riportato in tabella s'intende personale in organico, come rilevabile dalla documentazione obbligatoria in materia di lavoro.	

I professionisti sanitari della riabilitazione devono essere in possesso di idoneo titolo (fisioterapista ex [D.M. 14 settembre 1994 n. 741](#) - [D.M. 27 luglio 2000](#); logopedista ex [D.M. 14 settembre 1994, n. 742](#) - [D.M. 27 luglio 2000](#); terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex [D.M. 17 gennaio 1997, n. 56](#) - [D.M. 27 luglio 2000](#); terapista occupazionale ex [D.M. 17 gennaio 1997, n. 136](#) - [D.M. 27 luglio 2000](#); educatore professionali ex [D.M. 8 ottobre 1998, n. 520](#) - [D.M. 27 luglio 2000](#)).

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

**Art. 8** *Requisiti per l'accreditamento della RSA disabili e del Centro diurno socioeducativo e riabilitativo per disabili.*

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

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

## 8.1 OBIETTIVO 1 - SISTEMA DI GESTIONE

### **8.1.1. Politica, obiettivi e piano di attività.**

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

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

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

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

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

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

### **8.1.2. Obiettivi della struttura**

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

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

### **8.1.3. Obiettivi generali**

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

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

### **8.1.4. Obiettivi specifici**

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

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

Essi debbono inoltre:

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

e) essere sottoposti a valutazione periodica per verificare in quale misura sono stati raggiunti.

Il piano di attività deve, in particolare, comprendere:

a) la tipologia ed il volume di attività erogabili, in rapporto alle risorse strutturali, tecnologiche ed umane presenti nella struttura ed ai limiti di spesa fissati a livello regionale e locale;

b) le modalità di erogazione del servizio;

c) l'organigramma con il quale sono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo, definite le loro funzioni;

d) l'assegnazione di specifiche responsabilità durante le varie fasi previste per il raggiungimento degli obiettivi specifici, comprese quelle inerenti alle revisioni o modifiche del piano stesso durante la sua realizzazione;

e) le specifiche procedure documentate o le istruzioni da applicare;

f) il metodo, le scadenze e gli strumenti, indicatori, per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici;

g) eventuali nuove iniziative previste per conseguire gli obiettivi specifici.

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

### **8.1.5. Diffusione - Condivisione - Motivazione**

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

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

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

a) predisporre un ambiente di lavoro che stimola il miglioramento e consolida i rapporti di collaborazione;

b) assicurare che siano ben compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;

c) curare che tutti siano consapevoli di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito al cittadino-utente;

d) verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza nella misurazione;

e) accertare periodicamente la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio;

f) raccogliere suggerimenti, proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza, efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;

g) verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza alla organizzazione.

#### **8.1.6. Risorse umane**

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

I requisiti di carattere generale cui devono attenersi i soggetti titolari delle strutture oggetto del presente regolamento sono: il personale con rapporto di dipendenza deve garantire la continuità delle prestazioni, la gestione delle situazioni a rischio ed il regolare svolgimento dei diversi compiti di assistenza previsti, con l'adozione di un documento che riporta:

1) il fabbisogno del personale a rapporto di dipendenza definito sulla base dei volumi, delle tipologie delle attività e di quanto previsto nell'ambito dei requisiti specifici contenuti negli articoli seguenti del presente regolamento, per ciascuna tipologia di attività;

2) la dotazione del personale a rapporto di dipendenza in servizio suddiviso per ruolo, profilo professionale e posizione funzionale, nonché la dotazione di personale in servizio con altra tipologia di rapporto di lavoro;

3) il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale impiegato;

4) il possesso da parte del personale sanitario a rapporto di dipendenza - medico, psicologo, infermieristico, tecnico della riabilitazione e socio-sanitario dei requisiti di accesso che devono risultare identici a quelli richiesti per l'accesso al SSN;

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

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

#### **8.1.7. Controllo del sistema per misurazioni**

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

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

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

#### **8.1.8. Miglioramento della qualità**

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

Il fine prioritario della politica sanitaria della Regione Puglia è la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, in termini di equità,



d'accesso, umanizzazione delle cure, gestione del rischio clinico, qualità della vita, soddisfazione dell'utente e uso appropriato delle risorse, anche sulla base di rapporti costi-efficacia.

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

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

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

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

La valutazione interna, il miglioramento ed il mantenimento della buona qualità si completano con la valutazione esterna, che deve essere parallela e di supporto alla valutazione interna ed al miglioramento. Nel creare le condizioni per il miglioramento della qualità del servizio, occorre:

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

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

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

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

- a) focalizzazione sul soddisfacimento dei bisogni degli utenti, sia interni che esterni;
- b) coinvolgimento di tutte le articolazioni organizzative della struttura nel miglioramento della qualità;
- c) dimostrazione dell'impegno, ruolo guida e coinvolgimento della direzione;

- d) enfaticizzazione sul miglioramento come parte del lavoro di ognuno, in gruppo o individuale;
- e) facilitazione alla comunicazione aperta e all'accesso a dati ed informazioni;
- f) promozione del lavoro di gruppo e del rispetto per l'individuo;
- g) assunzione delle decisioni sulla base dell'analisi dei dati.

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

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

#### **8.1.9. Obiettivi del miglioramento**

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

Gli obiettivi del miglioramento sono:

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

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

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

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

#### **8.1.10. Metodologia di raccolta suggerimenti utenti**

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

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

#### **8.1.11. Metodologie di confronto con comitati od associazioni**

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

## **8.2 OBIETTIVO 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI**

### **8.2.1. La carta dei servizi**

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

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

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

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

#### **8.2.2. Struttura della carta dei servizi**

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

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

#### **8.2.3. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti**

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

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

#### **8.2.4. Continuità assistenziale**

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

- a) Identificare per tutto il periodo di degenza un responsabile della cura del paziente;

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

### **8.2.5. Gestione della documentazione**

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

### **8.2.6. Struttura della documentazione**

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

- a) grado di conseguimento degli obiettivi generali e degli obiettivi specifici;
- b) livello di soddisfazione degli utenti circa la qualità del servizio;
- c) risultato di verifica delle attività;
- d) risultato dei piani di miglioramento;
- e) analisi per l'individuazione delle tendenze di qualità;
- f) azione correttiva e la sua efficacia;
- g) idoneità delle prestazioni dei fornitori;
- h) addestramento e competenza del personale;
- i) confronto con dati nazionali di riferimento.

### **8.2.7. Controllo della documentazione**

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

I metodi di cui sopra assicurano che i documenti siano:

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

### **8.2.8. Approvazione ed emissione dei documenti**

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

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

Il sistema di controllo, di cui sopra assicura che:

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

c) siano identificati i documenti superati e conservati per motivi legali e di conservazione delle conoscenze.

### **8.2.9. Distribuzione dei documenti modificati**

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

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

### **8.2.10. Gestione del dato**

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

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

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

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

A tale scopo, la direzione assicura:

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

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

### **8.2.11. Registrazione dei dati**

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

### **8.2.12. Motivazione delle registrazioni**

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

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

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

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

#### **8.2.13. Conservazione dei documenti**

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

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

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

Sono adottate opportune procedure di accesso, protezione dei dati e conservazione nel caso di utilizzo di supporti informatici (archivi elettronici). Per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari si rinvia alle disposizioni vigenti in materia di "privacy".

#### **8.2.14. Verifica dei risultati**

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

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

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

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

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

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

La valutazione di cui sopra verifica:

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

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

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

### **8.2.16. Criteri di registrazione dei dati**

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

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

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

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

## **OBIETTIVO 3 - ASPETTI STRUTTURALI**

### **8.3.1. Idoneità all'uso della struttura**

L'organizzazione sanitaria deve essere in grado di offrire ai propri pazienti, ai loro familiari, al personale e ai visitatori una struttura sicura. Per raggiungere quest'obiettivo è necessaria una gestione della struttura, degli impianti volta a ridurre, controllare, prevenire i rischi e i pericoli e mantenere condizioni di sicurezza. Pertanto, l'organizzazione, indipendentemente dalle dimensioni e dalle risorse proprie di ciascuna, è tenuta ad osservare la legislazione, la normativa e ogni altro requisito cogente applicabile che determinano il modo in cui una struttura è progettata e mantenuta in efficienza. La Direzione deve conoscere la legislazione, la normativa e i requisiti applicabili e inserire a bilancio, pianificare e implementare tutte le attività volte a soddisfare i requisiti di legge.

A tal fine la struttura deve:

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

### **8.3.2. Gestione delle attrezzature**

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

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

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

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

### **8.3.3. Programmazione degli acquisti di attrezzature**

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

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

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

### **8.3.4. Inventario delle attrezzature**

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

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

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

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

### **8.3.5. Manutenzione**

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

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

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

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

Il piano di manutenzione generale è articolato sulla base delle criticità dell'apparecchiatura biomedica per il risultato essenziale, distinguendo fra



manutenzione correttiva, preventiva e controlli periodici di sicurezza e funzionalità. Il piano di manutenzione che tende a garantire i necessari standards qualitativi delle prestazioni fornite e di sicurezza, deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore.

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

### **8.3.6. Manutenzione preventiva e controlli di funzionalità e sicurezza**

Il piano di manutenzione prevede, se richiesto dalla tipologia delle attrezzature, le attività relative alla manutenzione preventiva e ai controlli di funzionalità e sicurezza delle attrezzature al fine di garantire la loro idoneità all'uso.

Il piano di manutenzione per le apparecchiature biomediche deve:

a) identificare tutte le apparecchiature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati riconosciuti nazionali. In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;

b) definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;

c) definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;

d) identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;

e) conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche;

f) assicurare che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo;

g) assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;

h) evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicarne il controllo funzionale e di sicurezza.

### **8.3.7. Archivio manutenzioni eseguite**

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

## **OBIETTIVO 4 - COMPETENZE DEL PERSONALE**

### **8.4.1. Formazione**

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

formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile e normalizza le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

#### **8.4.2. Inserimento, affiancamento, addestramento**

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

Le necessità di addestramento sono programmate tenendo presente:

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

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

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

#### **8.4.3. Formazione e aggiornamento**

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) la facilitazione all'inserimento delle risorse di nuova acquisizione o assegnate a nuove mansioni mediante la fornitura delle informazioni necessarie;

b) l'affiancamento a personale esperto al fine di armonizzare i tempi necessari a rendere pienamente operative le nuove risorse dal punto di vista tecnico, gestionale, di servizio;

c) l'addestramento di tutto il personale interessato per abilitarlo a gestire sistemi, apparecchiature ed attrezzature sia in uso che di nuova introduzione;

d) la formazione e l'aggiornamento secondo le necessità riconosciute di sviluppo personale e del servizio.

## **OBIETTIVO 5 - COMUNICAZIONE**

### **8.5.1. Comunicazione**

Per dare trasparenza alla propria politica e alle caratteristiche del servizio erogato, la struttura deve munirsi di strumenti idonei a garantire una corretta e sistematica comunicazione all'interno e all'esterno della organizzazione.

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

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

La comunicazione deve essere efficace per informare su:

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

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

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

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

### **8.5.2. Comunicazione interna**

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

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

- a) assicurare che siano compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità;
- b) curare che ciascuno sia consapevole di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito all'utente;
- c) verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza (validità e affidabilità) nella misurazione;
- d) accertare periodicamente la motivazione del personale nel provvedere alla qualità del servizio (questionari, reclami, suggerimenti);
- e) evidenziare al personale il grado di raggiungimento degli obiettivi di qualità;
- f) raccogliere suggerimenti, favorire opportunità di incontro per analizzare le criticità e proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza ed efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;
- g) verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza a tutto il personale.

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

I metodi di comunicazione possono comprendere:

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

## **OBIETTIVO 6 - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA**

### **8.6.1. Approccio alla pratica clinica secondo evidenze**

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

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- a) la presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della *evidence based medicine*;
- b) l'accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida;

- c) l'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili;
- d) il coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati;
- e) la valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessario.

### **8.6.2. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi**

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

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

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

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

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

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

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

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

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- a) l'esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di *near miss*, eventi avversi ed eventi sentinella;
- b) la partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;
- c) l'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (*Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit*) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (*Safety walkround*);
- d) a presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio;

- e) l'applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, *check-list* ed altri strumenti per la sicurezza;
- f) la definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;
- g) la presenza di un Piano di formazione;
- h) l'adozione di metodologie proattive per la valutazione dei rischi.

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

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

La promozione della cultura della sicurezza non deve essere solo una dichiarazione di intenti, ma deve prevedere una strategia sistematica di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze specifiche che comprenda anche la valutazione delle competenze professionali, sia tecniche che non tecniche. La sostanziale attuazione di politiche efficaci per la sicurezza richiede una preliminare analisi per conoscere le condizioni di partenza e quindi un piano per agire sugli specifici aspetti di miglioramento. L'implementazione di ogni progetto di cambiamento deve essere accompagnato dal monitoraggio e dalla valutazione al fine di individuare le migliori esperienze e le: buone pratiche da mettere in disposizione e diffondere nel SSN.

Pertanto, la struttura deve prevedere:

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

## **7 PROCESSI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE**

### **8.7.1. Programmi e progetti di miglioramento**

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

### **8.7.2. Mantenimento dei miglioramenti acquisiti**

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

### **8.7.3. Continuità del miglioramento**

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

La ragione del miglioramento deriva dalla necessità di fornire valore aggiunto e soddisfazione per gli utenti.

Ogni membro della struttura deve acquisire la consapevolezza che è sempre possibile eseguire una attività in maniera più efficace ed efficiente riducendo sprechi di risorse.

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

---

## **Art. 9** *Determinazione del fabbisogno.*

1. Il fabbisogno regionale delle strutture oggetto del presente regolamento è distinto in:

a) fabbisogno di posti letto/posti semiresidenziali che possono essere autorizzati all'esercizio;

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

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

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

a) numero dei posti letto/posti di cui al successivo articolo 10, comma 1 con l'aggiunta di:

i. trenta per cento (30%) di posti letto aggiuntivi di nuclei di mantenimento per disabili

ii. trenta per cento (30%) di posti semiresidenziali aggiuntivi di nuclei di mantenimento per disabili distribuiti su base distrettuale e tenendo conto dei distretti sociosanitari carenti o parzialmente carenti di posti.

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

a) i posti letto/posti semiresidenziali di RSA ex [Reg. reg. n. 3/2005](#) pubblici già autorizzati all'esercizio o già previsti in atti di programmazione sanitaria regionale;

b) i posti letto/posti semiresidenziali di RSA ex [Reg. reg. n. 3/2005](#) privati già autorizzati all'esercizio;

c) i posti letto di Residenza Socio Sanitaria per disabili ex [art. 58 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i., di Comunità socioriabilitativa ex [art. 57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i., e di Centri diurni per disabili ex [art. 60 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

d) i posti letto di Residenza Socio Sanitaria per disabili ex [art. 58 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i., di Comunità socioriabilitativa ex [art. 57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. e di Centri diurni per disabili ex [art. 60 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. realizzate dalle AASSLL, dai Comuni o dalle ASP o dai soggetti privati con il contributo dei fondi FESR, della Regione e/o dei Comuni e non ancora autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

e) i posti letto di Residenza Socio Sanitaria per disabili ex [art. 58 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i., di Comunità socioriabilitativa ex [art. 57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. e di Centri diurni per disabili ex [art. 60 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. che hanno presentato istanza di autorizzazione alla realizzazione o alla ristrutturazione di strutture sanitarie e sociosanitarie con mezzi propri presentate dai privati alla

data del 31/12/2017 che all'entrata in vigore del presente regolamento sono state autorizzate ovvero per le quali è decorso, senza diniego, il termine previsto dalla legge per il rilascio.

Le strutture Comunità socioriabilitativa ex [art. 57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento possono optare per la scelta di riconvertirsi in strutture sociosanitarie - nucleo di assistenza residenziale mantenimento di tipo B per persone disabili non gravi o privi del sostegno familiare fatto salvo quanto previsto nel successivo art. 10. Diversamente, le strutture Comunità socioriabilitativa ex [art. 57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento possono mantenere l'autorizzazione al funzionamento ai sensi del [Reg. reg. n. 4/2007](#) e mantenere lo status di strutture socioassistenziali.

(2)

(2) Comma così modificato dall' [art. 1, comma 1, Reg.reg. 28 gennaio 2020, n. 2.](#)

## **Art. 10** *Fabbisogno per l'accreditamento.*

1. Ai fini dell'accreditamento, il fabbisogno di posti letto in regime residenziale di mantenimento e di posti in regime semiresidenziale di mantenimento per disabili è stabilito in misura pari a 4.081 equivalente a 1 p/1.000 abitanti così suddivisi:

RSA DISABILI	RSA - NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO A PER PERSONE DISABILI GRAVI	RD3	694 pl	0,17/1.000 ab.
	RSA - NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO B PER PERSONE DISABILI CON MODERATO IMPEGNO ASSISTENZIALE O DISABILI PRIVI DI SOSTEGNO FAMILIARE	RD4	80 pl	0,02/1.000 ab.
CENTRO DIURNO DISABILI	NUCLEI PRESTAZIONI MANTENIMENTO PER DISABILI		3.307 posti	0,81/1.000 ab.

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

3. Nell'ambito del fabbisogno di RSA disabili di cui al comma 2 rientrano:

a) i posti letto di RSA pubbliche e private per disabili già autorizzate all'esercizio ed accreditate ai sensi del [Reg. reg. n. 3/2005](#) alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

b) i posti letto di RSA pubbliche e private già autorizzate all'esercizio ai sensi del [Reg. reg. n. 3/2005](#) alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

c) i posti letto di RSA pubbliche e private per i quali è stato concesso parere di compatibilità e per i quali lo stesso non sia decaduto alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

d) i posti letto di RSSA ex [art. 58 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

e) i posti letto di RSA disabili pubblici e di RSSA disabili pubblici previsti in atti di programmazione regionale;

f) i posti letto di Comunità socioriabilitativa ex [art. 57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con



le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento.

i. fatti salvi i posti letto di RSSA ex *art. 58 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale con la ASL che alla data di entrata in vigore del presente regolamento occupati da a) pazienti provenienti dagli Istituti Ortofrenici e dalle strutture manicomiali e b) soggetti psichiatrici stabilizzati inviati dal Dipartimento di Salute Mentale. Tali posti letto si riconvertono in posti letto di mantenimento per disabili di tipo A;

ii. fatti salvi i posti letto di Comunità socioriabilitativa ex *art. 57 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale con la ASL che alla data di entrata in vigore del *Reg. reg. n. 4/2019* sono occupati da pazienti ai quali la ASL riconosce la quota sanitaria; <sup>(3)</sup>

iii. fatti salvi ulteriori n. 86 posti letto di RSA mantenimento disabili gravi che integrano il fabbisogno provinciale della ASL BA ed ulteriori n. 94 posti letto di RSA mantenimento disabili gravi che integrano il fabbisogno provinciale della ASL FG. Tale fabbisogno si assegna con le seguenti modalità:

a) quanto al fabbisogno provinciale della ASL BA:

> alle RSSA ex *art. 58 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del *Reg. reg. n. 5/2019* e non contrattualizzate con la ASL, nel limite di un nucleo da n. 20 posti letto;

b) quanto al fabbisogno provinciale della ASL FG:

> per una quota pari a n. 41 posti letto, alle RSSA ex *art. 58 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del *Reg. reg. n. 5/2019* e non contrattualizzate con la ASL, nel limite di un nucleo da n. 20 posti letto;

> per una quota pari a n. 53 posti letto, alle RSSA ex *art. 58 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con la ASL alla data di entrata in vigore del *Reg. reg. n. 5/2019*, a raggiungimento del numero di posti oggetto dell'accordo contrattuale;

> per una quota pari a n. 8 posti letto, alle Comunità socioriabilitative ex *art. 57 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con la ASL alla data di entrata in vigore del *Reg. reg. n. 5/2019*, a raggiungimento del numero di posti oggetto dell'accordo contrattuale. <sup>(3)</sup>

Tutti i posti di cui al presente comma saranno oggetto di riconversione nei nuclei di assistenza di mantenimento per disabili previsti dal presente regolamento, ai sensi del successivo art. 12.

4. I posti letto, di cui al fabbisogno del presente articolo, di RSA di mantenimento- nuclei di tipo B per persone disabili con moderato impegno assistenziale o disabili privi di sostegno familiare sono attribuiti alle Comunità socioriabilitative ex *art. 57 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. a) già autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento b) già autorizzate al funzionamento e con posti letto occupati da pazienti ai quali la ASL riconosce la quota sanitaria alla data di entrata in vigore del *Reg. reg. n. 5/2019*, mediante riconversione del corrispondente numero di posti già autorizzati al funzionamento, ai sensi del successivo art. 12. I posti letto di RSA di mantenimento di tipo B sono assegnati alle predette strutture in egual numero. Gli ulteriori posti letto oggetto di accordo contrattuale o occupati da pazienti ai quali la ASL riconosce la quota sanitaria sono riconvertiti in posti di RSA di mantenimento -nuclei di tipo A per disabili gravi in aggiunta al fabbisogno di RSA- NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO A PER PERSONE DISABILI GRAVI di cui alla tabella riportata al comma 1. <sup>(4)</sup>

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

a) il 30% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS in cui si registra un esubero di posti letto già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti. La quota del 30% è distribuita, nel limite massimo di un nucleo da n. 20 p.l., alle RSSA ex art. 58 Reg. reg. n. 4/2007 e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento e non contrattualizzate alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

b) il restante 70% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS carenti e parzialmente carenti di posti letto già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti, da distribuirsi in base alla popolazione residente, e sono assegnati alle RSSA ex art. 58 Reg. reg. n. 4/2007 e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento, nel limite di un nucleo da n. 20 p.l., con il seguente ordine di preferenza:

1. RSSA ex art. 58 non contrattualizzata;
2. RSSA ex art. 58 già contrattualizzata.

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

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

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

5.1 In riferimento alle Aziende Sanitarie Locali che non hanno sottoscritto accordi contrattuali con RSSA ex art. 58 Reg. reg. n. 4/2007 e s.m.i., la restante quota di posti disponibili di RSA disabili su base provinciale, e non oggetto del processo di riconversione di cui al precedente comma 3, ovvero la restante quota di posti disponibili di RSA disabili riveniente dalla ricognizione di cui all'art. 12.1 lettera a), è assegnata all'esito delle procedure di cui al successivo art. 12, alle RSSA ex art. 58 autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del [Reg. reg. n.](#)

5/2019, mediante distribuzione di massimo un nucleo di n. 20 posti letto per struttura, nel limite dei posti oggetto di autorizzazione al funzionamento. <sup>(6)</sup>

6. Nell'ambito del fabbisogno di Centro diurno disabili di cui al comma 1 rientrano:

a) i posti di Centro diurno socioeducativo e riabilitativo ex *art. 60 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. pubblici e privati già autorizzati al funzionamento e contrattualizzati con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento, nel limite massimo dei posti contrattualizzati e tenuto conto del tasso di occupazione dei posti contrattualizzati;

b) i posti di Centro diurno ex *art. 60 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. di cui alla preintesa approvata con Delib.G.R. n. 330/2018.

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

7. La restante quota di posti disponibili di Centro diurno su base provinciale, e non oggetto del processo di riconversione di cui al precedente comma 6, ovvero la restante quota di posti disponibili di Centro diurno per disabili riveniente dalla ricognizione di cui all'art. 12.1 lettera b), è assegnata all'esito delle procedure di cui al successivo art. 12, con le seguenti modalità:

a) il 30% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS in cui si registra un esubero di posti letto già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti. Gli stessi saranno distribuiti, nel limite massimo di un nucleo da n. 30 posti, ai Centri diurni ex *art. 60 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. pubblici e privati già autorizzate al funzionamento e non contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento;

b) il restante 70% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS carenti e parzialmente carenti di posti già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti, da distribuirsi in base alla popolazione residente, e sono assegnati ai Centri diurni ex *art. 60 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. pubblici e privati già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento, nel limite di un nucleo da n. 30 posti, con il seguente ordine di preferenza:

1. Centro diurno ex *art. 60 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. non contrattualizzato;

2. Centro diurno ex *art. 60 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. già contrattualizzata.

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

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

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

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

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

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

---

(3) Lettera aggiunta dall' [art. 2, comma 1, Reg.reg. 28 gennaio 2020, n. 2](#).

(4) Comma così sostituito dall' [art. 2, comma 2, Reg.reg. 28 gennaio 2020, n. 2](#).

(5) Alinea così modificato dall' [art. 2, comma 3, Reg.reg. 28 gennaio 2020, n. 2](#).

(6) Comma così modificato dall' [art. 2, comma 4, Reg.reg. 28 gennaio 2020, n. 2](#).

---

**Art. 11** *Autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio ed accreditamento.*

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

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

## **Art. 12** *Norme transitorie.*

### **12.1 Disposizioni transitorie**

a) La giunta regionale, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento, approva un atto ricognitivo di tutte le strutture rientranti tra gli autorizzati all'esercizio di cui al comma 3 dell'art. 9 e dei posti letto di RSA disabili ex [Reg. reg. 3/2005](#) di RSSA ex [art. 58 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. e di Comunità socioriabilitativa ex [art. 57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. rientranti nell'ambito di applicazione dei commi 3 e 4 del precedente art. 10, con l'indicazione:

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

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

b) La giunta regionale, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento, approva un atto ricognitivo di tutte le strutture rientranti tra gli autorizzati all'esercizio di cui al comma 3 dell'art. 9 e dei posti di Centro diurno disabili ex [art. 60 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. rientranti nell'ambito di applicazione dei commi 6 e 7 del precedente art. 10, con l'indicazione:

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

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

### **12.2 NORME TRANSITORIE PER LE RSA EX [Reg. reg. 3/2005](#), PER LE COMUNITÀ SOCIORIABILITATIVA EX [ART. 57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. E PER LE RSSA EX [ART. 66 Reg. reg. 4/2007](#) e smi CONTRATTUALIZZATE CON LE AA.SS.LL.**

1. Le RSA ex [Reg. reg. n. 3/2005](#), le RSSA ex [art. 58 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. e le Comunità socioriabilitativa ex [art. 57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. di cui ai commi 3 e 4 dell'art. 10 devono riconvertire i posti letto nel rispetto del fabbisogno di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 10 e secondo le previsioni degli stessi commi 3 e 4, tenuto conto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal presente regolamento.

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

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



indicazione del numero e tipologia di nuclei di assistenza così come previsti nel piano di riconversione.

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

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

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

In deroga al precedente punto b), le RSA ex [Reg. reg. 3/2005](#), le RSSA ex [art. 58 Reg. reg. 4/2007](#) e s.m.i. e le Comunità socioriabilitativa ex [art. 57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

Le RSA ex [Reg. reg. 3/2005](#), le RSSA ex [art. 58 Reg. reg. 4/2007](#) e s.m.i. e le Comunità socioriabilitativa ex [art. 57 Reg. reg. n. 4/2007](#), qualora all'atto della verifica sul possesso dei requisiti non dimostrino di possedere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, devono adeguarsi ai requisiti strutturali del presente regolamento, nel rispetto del termine previsto al precedente punto b).

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

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

8. Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, le RSA ex [Reg. reg. 3/2005](#), le Comunità socioriabilitativa ex [art. 57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. e le RSSA ex [art. 58 Reg. reg. 4/2007](#) e s.m.i. manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate all'esercizio ed accreditate con le relative tariffe vigenti alla stessa data e le relative quote di compartecipazione.

### **12.3 NORME TRANSITORIE PER LE COMUNITÀ SOCIORABILITATIVA EX ART. 57 Reg. reg. n. 4/2007 e s.m.i. E PER LE RSSA EX ART. 58 Reg. reg. 4/2007 e s.m.i. AUTORIZZATE AL FUNZIONAMENTO E NON CONTRATTUALIZZATE CON LE AA.SS.LL.**

1. Le Comunità socioriabilitativa ex [art. 57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. e le RSSA ex [art. 58 Reg. reg. 4/2007](#) e s.m.i. già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzate con la ASL, ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio come RSA disabili - nuclei di prestazioni di mantenimento per disabili gravi e nuclei di mantenimento per disabili non gravi, si adeguano ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini di seguito indicati a far data dall'entrata in vigore del presente regolamento:

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

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

In deroga al precedente punto b), le Comunità socioriabilitativa ex *art. 57 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. e le RSSA ex *art. 58 Reg. reg. 4/2007* e smi possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

2. Le RSSA ex *art. 58 Reg. reg. 4/2007* e smi già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzate con la ASL, a seguito dell'approvazione dell'atto di Giunta regionale di cui all'art. 12.1, lett. a), e relativamente ai posti letto disponibili possono presentare istanza di accreditamento come RSA disabili - nuclei di mantenimento per disabili gravi e nuclei di mantenimento per disabili non gravi.

#### **12.4 NORME TRANSITORIE PER LE COMUNITÀ SOCIORABILITATIVA EX ART. 57 Reg. reg. n. 4/2007 e s.m.i. E PER LE RSSA EX ART. 58 Reg. reg. 4/2007 e smi IN CORSO DI REALIZZAZIONE**

1. Le Comunità socioriabilitativa ex *art. 57 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. e le RSSA ex *art. 58 Reg. reg. 4/2007* e smi realizzate dalle AASSLL, dai Comuni o dalle ASP o dai soggetti privati con il contributo dei fondi FESR, della Regione e/o dei Comuni e non ancora autorizzate al funzionamento come alla data di entrata in vigore del presente regolamento, ai fini dell'istanza per l'autorizzazione all'esercizio come RSA disabili - nuclei di mantenimento per disabili gravi e nuclei di mantenimento per disabili non gravi possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, ma devono dimostrare il possesso dei requisiti tecnologici ed organizzativi minimi e specifici previsti dal presente regolamento relativamente ai nuclei di mantenimento per soggetti disabili.

#### **12.5 NORME TRANSITORIE PER I CENTRI DIURNI EX ART. 60 Reg. reg. 4/2007 e smi CONTRATTUALIZZATI CON LE AA.SS.LL.**

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

2. A tal fine il processo di conversione, per le strutture di cui al comma 1 del presente articolo, sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, avverrà sulla base dell'atto ricognitivo di cui al punto 12.1 e di apposite preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore da parte del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, da approvarsi con atto di Giunta regionale (piano di conversione).

3. A far data dall'approvazione del piano di conversione, entro i successivi 30 giorni i singoli erogatori presentano al competente Servizio regionale istanza di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, con la specifica indicazione del numero di nuclei di assistenza così come previsti nel piano di conversione.

4. L'istanza dovrà contenere in autocertificazione una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del possesso dei requisiti di cui al presente regolamento qualora già posseduti, ovvero un piano di adeguamento da attuarsi entro i limiti temporali stabiliti nel presente articolo.

5. Le strutture di cui al comma 1 devono adeguarsi ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini di seguito indicati a far data dalla approvazione del piano di riconversione da parte della Giunta regionale:

- a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;
- b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), i Centri diurni ex *art. 60 Reg. reg. 4/2007* e smi possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

I Centri diurni ex *art. 60 Reg. reg. 4/2007* e smi, qualora all'atto della verifica sul possesso dei requisiti non dimostrino di possedere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, devono adeguarsi ai requisiti strutturali del presente regolamento, nel rispetto del termine previsto al precedente punto b).

6. Entro i trenta giorni successivi alla scadenza di ciascuno di tali termini, a pena di decadenza dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, il responsabile della struttura invia al competente Servizio regionale un'autocertificazione attestante il possesso dei requisiti, ai fini dell'avvio delle attività di verifica.

7. La mancata presentazione dell'istanza di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento deve intendersi quale rinuncia ai sensi e per gli effetti degli *articoli 9, comma 4, lett. c) e 26, comma 2, lett. a) L.R. n. 9/2017*. Il mancato adeguamento ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini indicati nel presente articolo, comporta la revoca dell'autorizzazione e dell'accreditamento ai sensi e per gli effetti degli *articoli 14, commi 6 e 8, e 26, commi 2 lett. b) e 3, L.R. n. 9/2017*.

8. Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, i Centri diurni ex *art. 60 Reg. reg. 4/2007* e smi manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate all'esercizio ed accreditate con le relative tariffe vigenti alla stessa data e le relative quote di compartecipazione.

9. Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del presente Regolamento e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di riconversione di cui al presente articolo 12.5, le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accreditamento relative ai Centri diurni ex *art. 60 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i., contrattualizzate con le AASSLL, sono inammissibili.

## **12.6 NORME TRANSITORIE PER I CENTRI DIURNI EX ART. 60 Reg. reg. 4/2007 e smi AUTORIZZATI AL FUNZIONAMENTO E NON CONTRATTUALIZZATI CON LE AA.SS.LL.**

1. I Centri diurni ex *art. 60 Reg. reg. 4/2007* e smi già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzati con la ASL, ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio come Centri Diurni disciplinati dal presente regolamento si adeguano ai requisiti dallo stesso previsti nei termini di seguito indicati a far data dall'entrata in vigore del presente regolamento:

- a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;
- b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), i Centri diurni ex *art. 60 Reg. reg. 4/2007* e smi possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

2. I Centri diurni ex *art. 60 Reg. reg. 4/2007* e smi già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzati con la ASL, a seguito dell'approvazione dell'atto di Giunta regionale di cui all'*art. 12.1, lett. b)* e relativamente ai posti semiresidenziali disponibili, possono presentare istanza di accreditamento come Centri diurni disciplinati dal presente regolamento, previa conferma dell'autorizzazione all'esercizio.



## **12.7 NORME TRANSITORIE PER I CENTRI DIURNI EX ART. 60 Reg. reg. 4/2007 e smi IN CORSO DI REALIZZAZIONE**

1. I Centri diurni ex *art. 60 Reg. reg. 4/2007* e smi realizzati dalle AASSLL, dai Comuni o dalle ASP o dai soggetti privati con il contributo dei fondi FESR, della Regione e/o dei Comuni e non ancora autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento, ai fini dell'istanza per l'autorizzazione all'esercizio come Centri diurni disciplinati dal presente regolamento possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, ma devono dimostrare il possesso dei requisiti tecnologici ed organizzativi minimi e specifici previsti dal presente regolamento relativamente ai nuclei semiresidenziali di mantenimento per disabili.

## **12.8 NORME TRANSITORIE PER I POSTI LETTO DI CUI ALL'ART. 10, COMMA 3, LETTERA i.**

1. I posti letto di RSSA ex *art. 58 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale con la ASL che alla data di entrata in vigore del presente regolamento sono occupati da a) pazienti provenienti dagli Istituti Ortofrenici e dalle strutture manicomiali e b) soggetti psichiatrici stabilizzati con età superiore ai 64 anni inviati dal Dipartimento di Salute Mentale, di cui al comma 3, lettera ii. dell'art. 10 sono convertiti in posti letto di mantenimento per disabili di tipo A, tenuto conto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal presente regolamento.

2. A tal fine il processo di conversione, per i posti di cui al comma 1 del presente paragrafo, sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, avverrà sulla base dell'atto ricognitivo di cui al punto 12.1 e di apposita preintesa da sottoscrivere tra il legale rappresentante della RSSA e il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, da approvarsi con atto di Giunta regionale (piano di conversione).

3. A far data dall'approvazione del piano di riconversione, entro i successivi 30 giorni il legale rappresentante della RSSA presenta al competente Servizio regionale istanza di conversione dell'autorizzazione all'esercizio ed istanza di accreditamento, con la specifica indicazione del numero e tipologia di posti letto così come previsti nel piano di riconversione.

4. L'istanza dovrà contenere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del possesso dei requisiti di cui al presente regolamento qualora già posseduti, ovvero un piano di adeguamento da attuarsi entro i limiti temporali stabiliti nel presente articolo.

5. Le strutture di cui al comma 1 del presente paragrafo devono adeguarsi ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini di seguito indicati a far data dalla approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale:

- a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;
- b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), le strutture di cui al comma 1 del presente paragrafo possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

Qualora, all'atto della verifica sul possesso dei requisiti, si accerti che i posti già autorizzati al funzionamento non possiedono i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, questi devono essere adeguati ai requisiti strutturali del presente regolamento, nel rispetto del termine previsto al precedente punto b).

6. Entro i trenta giorni successivi alla scadenza di ciascuno di tali termini, a pena di decadenza dell'autorizzazione al funzionamento, il legale rappresentante

della struttura invia al competente Servizio regionale un'autocertificazione attestante il possesso dei requisiti, ai fini dell'avvio delle attività di verifica.

7. La mancata presentazione dell'istanza di conversione dell'autorizzazione al funzionamento e dell'istanza di accreditamento deve intendersi quale rinuncia ai sensi e per gli effetti degli articoli 9, comma 4, lett. c) e 26, comma 2, lettera) *L.R. n. 9/2017*. Il mancato adeguamento ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini indicati nel presente articolo, comporta la revoca dell'autorizzazione al funzionamento ai sensi e per gli effetti degli *articoli 14, commi 6 e 8 della L.R. n. 9/2017*.

8. Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accREDITamento, i posti letto di RSSA manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate al funzionamento con le relative tariffe vigenti alla stessa data.

9. Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del presente Regolamento e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di conversione di cui al presente articolo 12.8, le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accREDITamento relative ai posti letto di RSSA di cui al presente paragrafo sono inammissibili.

## 12.8 MONITORAGGIO

Ai fini del monitoraggio applicativo e attuativo del presente regolamento si procederà con cadenza triennale a valutare il pieno utilizzo dei posti letto contrattualizzati mediante il tasso di occupazione. Nell'ipotesi in cui tale tasso sia inferiore al 90% dei posti non utilizzati nel triennio saranno decurtati dal nuovo accordo e si renderanno disponibili per la riassegnazione secondo le regole di cui al precedente art. 10, comma 5.

## 12.9 NORME TRANSITORIE PER I POSTI LETTO DI CUI ALL'ART. 10, COMMA 3, LETTERA ii.

1. I posti letto di Comunità socioriabilitativa ex *art. 57 Reg. reg. n. 4/2007* e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale e occupati da pazienti ai quali la ASL riconosce la quota sanitaria alla data di entrata in vigore del *Reg. reg. n. 4/2019*, di cui al comma 3, lettera ii. dell'art. 10 sono convertiti in posti letto di mantenimento per disabili di tipo A e B, tenuto conto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal presente regolamento.

2. A tal fine il processo di conversione, per i posti di cui al comma 1 del presente paragrafo, sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, avverrà sulla base dell'atto ricognitivo di cui al punto 12.1 e di apposita preintesa da sottoscrivere tra il legale rappresentante della Comunità socioriabilitativa e il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, da approvarsi con atto di Giunta regionale (piano di conversione).

3. A far data dall'approvazione del piano di riconversione, entro i successivi 30 giorni il legale rappresentante della Comunità socioriabilitativa presenta al competente Servizio regionale istanza di conversione dell'autorizzazione all'esercizio ed istanza di accREDITamento, con la specifica indicazione del numero e tipologia di posti letto così come previsti nel piano di conversione.

4. L'istanza dovrà contenere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del possesso dei requisiti di cui al presente regolamento qualora già posseduti, ovvero un piano di adeguamento da attuarsi entro i limiti temporali stabiliti nel presente articolo.

5. Le strutture di cui al comma 1 del presente paragrafo devono adeguarsi ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini di seguito indicati a far data dalla approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale:

- a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;
- b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici. In deroga al precedente punto b), le strutture di cui al comma 1 del presente paragrafo possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

Qualora, all'atto della verifica sul possesso dei requisiti, si accerti che i posti già autorizzati al funzionamento non possiedono i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, questi devono essere adeguati ai requisiti strutturali del presente regolamento, nel rispetto del termine previsto al precedente punto b).

6. Entro i trenta giorni successivi alla scadenza di ciascuno di tali termini, a pena di decadenza dell'autorizzazione al funzionamento, il legale rappresentante della struttura invia al competente Servizio regionale un'autocertificazione attestante il possesso dei requisiti, ai fini dell'avvio delle attività di verifica.

7. La mancata presentazione dell'istanza di conversione dell'autorizzazione al funzionamento e dell'istanza di accreditamento deve intendersi quale rinuncia ai sensi e per gli effetti degli [articoli 9, comma 4, lett. c\) e 26, comma 2, lett. a\) L.R. n. 9/2017](#). Il mancato adeguamento ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini indicati nel presente articolo, comporta la revoca dell'autorizzazione al funzionamento ai sensi e per gli effetti degli [articoli 14, commi 6 e 8 della L.R. n. 9/2017](#).

8. Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, i posti letto di Comunità socioriabilitativa manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate al funzionamento con le relative tariffe vigenti alla stessa data.

9. Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del [Reg. reg. n. 4/2019](#) e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di conversione di cui al presente articolo 12.9, le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accreditamento relative ai posti letto di Comunità socioriabilitativa di cui al presente paragrafo sono inammissibili. <sup>(7)</sup>

---

(7) Comma aggiunto dall' [art. 3, comma 1, Reg.reg. 28 gennaio 2020, n. 2](#).

---

### **Art. 13** *Verifiche e sanzioni.*

Le verifiche sul rispetto delle disposizioni di legge, sul possesso e sulla permanenza dei requisiti generali e di quelli strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi specifici per le RSA disabili e i Centri diurni per disabili sono effettuate ai sensi della [L.R. 2 maggio 2017, n. 9](#) e s.m.i.

Per quanto attiene il regime sanzionatorio si rinvia a quanto espressamente disciplinato in materia dalla [L.R. 2 maggio 2017, n. 9](#) e s.m.i.

---

**Art. 14** *Norma di rinvio.*

Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento, si rinvia alla normativa regionale vigente in materia, ed in particolare alla [L.R. 9/2017](#) e s.m.i. e al [Reg. reg. n. 3/2005](#) e s.m.i. per la sezione A "Requisiti generali", ed alla normativa nazionale vigente in materia.

Per le strutture ammesse alla deroga di cui al precedente art. 12, nei limiti di quanto previsto nello stesso art. 12, si rinvia ai requisiti strutturali per la RSA del [Reg. reg. n. 3/2005](#), ai requisiti strutturali per la Comunità socioriabilitativa ex [art. 57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i., ai requisiti strutturali per la RSSA [art. 58 del Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. e al [D.M. 308/2001](#).

Il presente Regolamento è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'[art. 53 comma 1 della L.R. 12 maggio 2004, n. 7](#) "Statuto della Regione Puglia".

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione Puglia.

---

**Allegato B****"Prime indicazioni operative relative al regolamento regionale sull'Assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti disabili-Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per disabili - Centro diurno socioeducativo e riabilitativo per disabili"**

Lo schema di Regolamento in oggetto propone due distinti fabbisogni di posti letto di RSA, uno relativo all'autorizzazione all'esercizio con un numero totale di posti letto autorizzabili che supera del 30% il numero dei posti letto accreditabili, fatti salvi i posti già autorizzati al funzionamento in base alla previgente normativa regionale, ed uno relativo all'accREDITAMENTO che è in linea con lo standard nazionale definito dal Comitato LEA.

Nel dettaglio, a seguito dell'approvazione del regolamento saranno approvati seguenti provvedimenti:

**1) ATTO RICOGNITIVO DELLE STRUTTURE RIENTRANTI TRA GLI AUTORIZZATI ALL'ESERCIZIO DI CUI AL COMMA 3 DELL'ART. 9.**

L'art. 9 del regolamento prevede:

*"2. Ai fini dell'autorizzazione all'esercizio, il fabbisogno di posti letto in regime residenziale e di posti in regime semiresidenziale per soggetti non autosufficienti è stabilito in misura pari a:*

*i) numero dei posti letto/posti accreditabili di cui al successivo articolo 10, comma 1 con l'aggiunta di:*

*i. trenta per cento (30%) di posti letto aggiuntivi di nuclei di mantenimento per soggetti non autosufficienti (anziani e soggetti affetti da demenza);*

*ii. trenta per cento (30%) di posti semiresidenziali aggiuntivi di nuclei di mantenimento per soggetti non autosufficienti*

*distribuiti su base distrettuale e tenendo conto dei distretti sociosanitari carenti o parzialmente carenti di posti.*

*3. In aggiunta rispetto ai parametri di cui al comma 2, sono fatti salvi i seguenti posti letto/posti semiresidenziali:*

*a) posti letto/posti semiresidenziali di RSA ex [Reg. reg. n. 3/2005](#) pubblici già autorizzati all'esercizio o già previsti in atti di programmazione sanitaria regionale;*

*g) posti letto/posti semiresidenziali di RSA ex [Reg. reg. n. 3/2005](#) privati già autorizzati all'esercizio;*

*h) i posti letto di Residenza Socio Sanitaria per disabili ex art. [58 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i., di Comunità socioriabilitativa ex art. [57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i., e di Centri diurni per disabili ex art. [60 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento;*

*i) i posti letto di Residenza Socio Sanitaria per disabili ex art. [58 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i., di Comunità socioriabilitativa ex art. [57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. e di Centri diurni per disabili ex art. [60 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. realizzate dalle AASSLL, dai Comuni o dalle ASP o dai soggetti privati con il contributo dei fondi FESR, della Regione e/o dei Comuni e non ancora autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento;*

*j) i posti letto di Residenza Socio Sanitaria per disabili ex art. [58 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i., di Comunità socioriabilitativa ex art. [57 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. e di Centri diurni per disabili ex art. [60 Reg. reg. n. 4/2007](#) e s.m.i. che hanno presentato istanza di autorizzazione alla realizzazione o alla ristrutturazione di strutture sanitarie e sociosanitarie con mezzi propri presentate dai privati alla data del 31/12/2017 che all'entrata in vigore del presente regolamento sono state autorizzate ovvero per le quali è decorso, senza diniego, il termine previsto dalla legge per il rilascio.*

Pertanto, al fine di poter assegnare i nuovi posti letto/posti semiresidenziali da autorizzare all'esercizio, tenuto conto che i predetti sono stabiliti in numero pari al 30% dei posti relativi all'accreditamento e che la relativa distribuzione deve avvenire su base distrettuale tenuto conto dei DSS carenti o parzialmente carenti di posti, è necessario dapprima procedere alla ricognizione dei posti letto/posti semiresidenziali già autorizzati all'esercizio o previsti in atti di programmazione regionale o finanziati con fondi FESR. Ciò al fine di stabilire quali siano i DSS carenti o parzialmente carenti di posti e permettere una distribuzione di strutture quanto più omogenea sul territorio nel rispetto del principio di prossimità delle strutture e servizi sociosanitari rispetto al bisogno dell'utenza.

Tale atto ricognitivo sarà approvato entro 60 giorni dall'entrata in vigore del regolamento, come previsto dall'art. 12.1 "Disposizioni transitorie", lettere a) e b) dello stesso regolamento. L'atto ricognitivo riguarderà distintamente sia i posti letto relativi alle strutture residenziali sia i posti semiresidenziali.

**Fino alla data di approvazione dell'atto ricognitivo delle strutture di cui all'art. 9, comma 3, lett. a) - e) del regolamento, saranno inammissibili le nuove istanze presentate ai fini dell'ottenimento del parere di**



**compatibilità al fabbisogno regionale per la realizzazione di strutture sociosanitarie, ai sensi della [L.R. n. 9/2017](#) e s.m.i., propedeutica al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio.**

**Con la deliberazione che approva l'atto ricognitivo di cui innanzi sarà stabilita la data a decorrere dalla quale sarà possibile presentare le istanze per l'ottenimento del parere di compatibilità al fabbisogno regionale, che sarà rilasciato nel rispetto delle disposizioni impartite con la [Delib.G.R. n. 2037/2013](#).**

**Inoltre, la Giunta regionale, con proprio provvedimento, sentite le Direzioni Generali delle AA.SS.LL., procederà a determinare i criteri ulteriori per la ripartizione del 30% dei posti aggiuntivi.**

## **2) ATTO RICOGNITIVO DELLE STRUTTURE RIENTRANTI TRA GLI ACCREDITATI DI CUI AI COMMI 3, 4 E 6 DELL'ART. 10.**

L'art. 10 del regolamento "Fabbisogno per l'accreditamento" prevede:

*"1. Ai fini dell'accreditamento, il fabbisogno di posti letto in regime residenziale e di posti in regime semiresidenziale per soggetti non autosufficienti è stabilito in misura pari a 4.081 equivalente a 1 p./1.000 abitanti così suddivisi:*

RSA DISABILI	RSA - NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO A PER PERSONE DISABILI GRAVI	RD3	694 pl	0,17/1.000 ab.
	RSA - NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO B PER PERSONE DISABILI CON MODERATO IMPEGNO ASSISTENZIALE O DISABILI PRIVI DI SOSTEGNO FAMILIARE	RD4	80 pl	0,02/1.000 ab.
CENTRO DIURNO DISABILI	NUCLEI PRESTAZIONI MANTENIMENTO PER DISABILI		3.307 posti	0,81/1.000 ab.

*2. Il fabbisogno regionale di cui al comma 1 è rapportato su base territoriale provinciale (popolazione residente - dati ISTAT 2015)."*

I successivi commi 3 e 4, in riferimento alle RSA per anziani e soggetti affetti da demenza, e comma 6, in riferimento ai Centri diurni per soggetti non autosufficienti, prevedono rispettivamente i posti letto ed i posti semiresidenziali che rientrano tra quelli accreditabili.

Pertanto, al fine di poter accreditare nuovi posti letto/posti semiresidenziali attingendo alla platea di strutture/centri diurni già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del regolamento, è necessario dapprima procedere alla ricognizione dei posti letto/posti semiresidenziali rientranti nella riserva di posti accreditati provvisoriamente di cui ai predetti commi 3, 4 e 6 dell'art. 10 del regolamento.

Tale numero di posti letto/posti semiresidenziali, sottratto al numero totale di posti previsto nella tabella di cui al comma 1 dell'art. 10, determinerà il numero di posti letto/posti semiresidenziali da poter accreditare ex novo, secondo le previsioni dei commi 5 e 7 dello stesso art. 10. Le strutture interessate all'assegnazione dei posti letto/posti semiresidenziali disponibili ai fini dell'accreditamento sono rispettivamente le ex RSSA [art. 58 Reg. reg. n. 4/2007](#) ed i Centri diurni [ex art. 60 Reg. reg. n. 4/2007](#).

L'atto ricognitivo sarà approvato entro 60 giorni dall'entrata in vigore del regolamento, come previsto dall'art. 12.1 "Disposizioni transitorie", lettere a) e b)

dello stesso regolamento. L'atto ricognitivo riguarderà distintamente sia i posti letto relativi alle strutture residenziali sia i posti semiresidenziali.

Si precisa che, come previsto nell'art. 12.1, lettera a) punto 2 e lettera b) punto 2 rientrano nella riserva dei posti accreditati provvisoriamente "i posti letto da assegnare alle strutture ammesse ai finanziamenti di cui all'art. 29 comma 7 della legge regionale n. 9/17 e s.m.i. entro la data di entrata in vigore della stessa legge, entro la percentuale pari al 5% dei posti letto/posti di cui allo precedente punto 1", ovvero entro la percentuale pari al 5% dei posti letto/posti semiresidenziali risultanti disponibili a seguito della ricognizione dei posti rientranti nella riserva.

**Fino alla data di approvazione dell'atto ricognitivo delle strutture di cui all'art. 10 del regolamento, saranno inammissibili le nuove istanze presentate ai fini dell'ottenimento dell'accreditamento, ai sensi della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., propedeutico all'eventuale sottoscrizione di accordo contrattuale con la competente ASL.**

**Con l'atto ricognitivo di cui innanzi sarà comunicata la data a decorrere dalla quale sarà possibile presentare le istanze per l'ottenimento dell'accreditamento.**

Inoltre, ai sensi dell'art. 12.3 del regolamento "NORME TRANSITORIE PER LE COMUNITÀ SOCIORABILITATIVA EX ART. 57 Reg. reg. n. 4/2007 e s.m.i. E PER LE RSSA EX ART. 58 Reg. reg. 4/2007 e smi AUTORIZZATE AL FUNZIONAMENTO E NON CONTRATTUALIZZATE CON LE AA.SS.LL." e dell'art. 12.6 "NORME TRANSITORIE PER I CENTRI DIURNI EX ART. 60 Reg. reg. 4/2007 e smi AUTORIZZATI AL FUNZIONAMENTO E NON CONTRATTUALIZZATI CON LE AA.SS.LL." le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 Reg. reg. n. 4/2007, le RSSA ex art. 58 Reg. reg. 4/2007 ed i Centri diurni ex art. 60 Reg. reg. n. 4/2007 già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del regolamento e non contrattualizzati con la ASL, devono richiedere la conferma dell'autorizzazione all'esercizio rispettivamente come RSA di mantenimento -nuclei di prestazioni di mantenimento per disabili non gravi e nuclei prestazioni mantenimento per disabili gravi e come Centri diurni per disabili con l'obbligo di adeguarsi ai requisiti di cui al nuovo regolamento nei termini di seguito indicati a far data dall'entrata in vigore dello stesso regolamento:

- a) entro 6 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;
- b) entro 3 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 Reg. reg. n. 4/2007, le RSSA ex art. 58 Reg. reg. 4/2007 ed i Centri diurni ex art. 60 Reg. reg. n. 4/2007 possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

Con successivo provvedimento di Giunta, definiti i posti letto/posti semiresidenziali disponibili ai fini dell'accreditamento, si procederà a definire i criteri di ripartizione di tali posti su base provinciale, così come previsto nell'art. 10, commi 5 e 7.

I successivi commi 2 degli artt. 12.3 e 12.6 prevedono che le RSSA ex art. 58 Reg. reg. 4/2007 ed i Centri diurni ex art. 60 Reg. reg. n. 4/2007 già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzati con la ASL, a seguito dell'approvazione dell'atto di Giunta regionale di cui all'art. 12.1, lett. a) e b), e relativamente ai posti letto

disponibili possono presentare istanza di accreditamento rispettivamente come RSA di mantenimento per disabili gravi e come Centri diurni per disabili.

**Dal combinato disposto dei commi 5 e 7 dell'art. 10 e artt. 12.3 e 12.6, le le RSSA ex art. 58 Reg. reg. 4/2007 ed i Centri diurni ex art. 60 Reg. reg. n. 4/2007 già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del regolamento e non contrattualizzati con la ASL potranno presentare contestualmente istanza di conferma di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento, sempre successivamente all'atto ricognitivo di cui innanzi con il quale sarà comunicata la data a decorrere dalla quale sarà possibile presentare le predette istanze.**

**Resta fermo che all'atto della presentazione dell'istanza, le strutture devono essere già in possesso dei requisiti tecnologici ed organizzativi previsti dal regolamento.**

**3) ATTO DI GIUNTA REGIONALE DI RECEPIMENTO DELLE PREINTESE TRA REGIONE E RSA EX Reg. reg. 3/2005, RSSA EX ART. 58 Reg. reg. 4/2007, COMUNITÀ SOCIORIBABILITATIVA EX ART. 57 Reg. reg. n. 4/2007, CENTRI DIURNI EX ART. 60 Reg. reg. 4/2007 CONTRATTUALIZZATI CON LE AA.SS.LL.**

Le strutture di cui al presente punto 3), rientranti nel fabbisogno di posti accreditabili, devono convertire i relativi posti letto/posti nei nuovi nuclei previsti dal regolamento.

A tal fine il processo di conversione, per le predette strutture, avverrà sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, a seguito dell'atto ricognitivo di cui al punto 12.1, esiterà in preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore da parte del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, da approvarsi con atto di Giunta regionale (piano di conversione).

**Pertanto, le strutture di cui innanzi saranno convocate dal Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti a seguito dell'approvazione dell'atto ricognitivo dei posti accreditabili di cui al predetto punto 2).**

**Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, le RSA ex Reg. reg. 3/2005, le RSSA ex art. 58 Reg. reg. 4/2007, le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 Reg. reg. n. 4/2007, i Centri diurni ex art. 60 Reg. reg. 4/2007 manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate all'esercizio ed accreditate con le relative tariffe vigenti alla stessa data.**

**Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del regolamento e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di conversione dei posti letto/posti, le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accreditamento relative alle RSA ex Reg. reg. 3/2005, alle RSSA ex art. 58 Reg. reg. 4/2007, alle Comunità socioriabilitativa ex art. 57 Reg. reg. n. 4/2007, ai Centri diurni ex art. 60 Reg. reg. 4/2007, contrattualizzati con le AA.SS.LL., sono inammissibili.**



#### **4) ATTO RICOGNITIVO DEI POSTI LETTO OCCUPATI DA PAZIENTI PSICHIATRICI IN RSSA EX ART. 58 Reg. reg. 4/2007 E ATTO DI GIUNTA REGIONALE DI RECEPIMENTO DELLE PREINTESE TRA REGIONE E RSSA EX ART. 58 Reg. reg. 4/2007**

Il regolamento all'art. 10, comma 3. lett. i) prevede che rientrino nel processo di accreditamento e in aggiunta al fabbisogno determinato dallo stesso art. 10, comma 1, i posti letto di RSSA ex art. 58 Reg. reg. n. 4/2007 e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale con la ASL che alla data di entrata in vigore del regolamento sono occupati da a) pazienti provenienti dagli Istituti Ortofrenici e dalle strutture manicomiali e b) soggetti psichiatrici stabilizzati inviati dal Dipartimento di Salute Mentale. Tali posti letto si riconvertono in posti letto di mantenimento per disabili di tipo A.

Come previsto dall'art. 12.8 del regolamento le strutture, relativamente ai posti letto occupati dai predetti pazienti, devono convertire i relativi posti letto nei nuovi nuclei previsti dal regolamento.

Pertanto, si procederà dapprima ad acquisire dalle AA.SS.LL. i dati relativi al numero dei posti occupati dai predetti pazienti e le RSSA ex art. 58 Reg. reg. n. 4/2007 coinvolte in tale percorso, atto propedeutico al processo di conversione che avverrà sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, ed esiterà in preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore da parte del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, da approvarsi con atto di Giunta regionale (piano di conversione).

**Pertanto, le strutture di cui innanzi saranno convocate dal Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti a seguito della ricognizione dei posti accreditabili.**

**Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, le RSSA ex art. 58 Reg. reg. 4/2007 manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate all'esercizio con le relative tariffe vigenti alla stessa data.**

**Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del regolamento e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di conversione dei posti letto/posti, le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accreditamento relative alle RSSA ex art. 58 Reg. reg. 4/2007 sono inammissibili.**

#### **5) ATTI DI GIUNTA REGIONALE DI APPROVAZIONE DELLE NUOVE TARIFFE REGIONALI E DEGLI SCHEMI - TIPO DI ACCORDI CONTRATTUALI PER RSA E CENTRI DIURNI**

Contestualmente al percorso di ricognizione e di conversione dei posti letto/posti valevole ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento di cui ai precedenti punti 1), 2) e 3), la competente struttura regionale, a partire dall'entrata in vigore del regolamento, procederà a predisporre le nuove tariffe regionali di riferimento per le RSA e Centri diurni nel rispetto dei requisiti previsti dallo stesso regolamento.

Parimenti, la competente struttura regionale, a partire dall'entrata in vigore del regolamento, procederà a predisporre gli schemi-tipo di accordi contrattuali che le Aziende Sanitarie Locali utilizzeranno per la sottoscrizione dei contratti con le RSA ed i Centri diurni.

**Si ribadisce che fino all'ottenimento dei provvedimenti di accreditamento e di eventuale sottoscrizione degli accordi contrattuali con le competenti AA.SS.LL, non si potranno applicare le nuove tariffe di riferimento per le RSA ed i Centri diurni. Pertanto, fino a quella data continueranno ad applicarsi le vigenti tariffe regionali.**

---

---

Copyright 2015 Wolters Kluwer Italia Srl. All rights reserved.

Puglia

Reg. reg. 27-11-2002 n. 7

Regolamento regionale di organizzazione delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne pubbliche e private.

Publicato nel B.U. Puglia 29 novembre 2002, n. 152.

## **Reg. reg. 27 novembre 2002, n. 7 <sup>(1)</sup>.**

### **Regolamento regionale di organizzazione delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne pubbliche e private <sup>(2)</sup>.**

---

(1) Publicato nel B.U. Puglia 29 novembre 2002, n. 152.

(2) Vedi, anche, la [Delib.G.R. 26 settembre 2003, n. 1487](#), l'[art. 24, comma 4, L.R. 28 maggio 2004, n. 8](#) e la [Delib.G.R. 22 giugno 2004, n. 911](#).

---

Presidente della Giunta regionale

Visto l'art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla [L.Cost. 22 novembre 1999, n. 1](#), nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta regionale l'emanazione dei regolamenti regionali;

Vista la [Delib.C.R. n. 244/1994](#) che prevede diverse tipologie delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne pubbliche e private;

Visto il [D.P.R. 14 gennaio 1997](#) che riconduce le tipologie delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali diurne a seconda del grado assistenziale;

Vista la [Delib.G.R. 11 ottobre 2002, n. 1499](#) con la quale si approva il regolamento regionale di organizzazione delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne pubbliche e private;

Emana

Il seguente regolamento

---

---

#### **Art. 1**

##### *Comunità riabilitativa assistenziale psichiatrica.*

La Comunità riabilitativa assistenziale psichiatrica ovvero struttura residenziale terapeutica riabilitativa per acuti e subacuti, con copertura assistenziale per 24 ore giornaliere, accoglie soggetti con elevata difficoltà nell'ambito relazionale o

autonomie di base compromesse, che necessitano di interventi ad alta qualificazione terapeutica.

Posti letto: n. 14.

Requisiti minimi autorizzativi:

### **Organizzativi**

- n. 1 collaboratore professionale sanitario esperto o collaboratore professionale assistente sociale esperto;
- n. 8 collaboratori professionali sanitari (infermieri, educatori professionali, personale della riabilitazione) o collaboratori professionali assistenti sociali;
- n. 5 operatori tecnici addetti all'assistenza.

I turni di servizio devono essere articolati in modo da garantire la presenza del personale di assistenza nell'arco delle 24 ore.

- N. ore settimanali di attività medico psichiatrica: minimo 12 ore;
- N. ore settimanali di attività psicologica: minimo 12 ore.

### **Strutturali**

Gli appartamenti devono essere localizzati ai piani più bassi per una facile accessibilità.

Per quanto concerne la zona notte, ogni camera non deve avere più di due posti letto; inoltre, n. 1 camera da letto è utilizzata dal personale in servizio; la superficie minima delle camere deve essere non inferiore a 16 mq per camere a due letti e 9 mq per camere singole.

La qualità degli arredi dei servizi deve essere dignitosa ed appropriata alle necessità degli utenti. Le camere devono avere illuminazione naturale, adeguato oscuramento ed areazione;

La struttura deve essere dotata di n. 4 servizi igienici per gli utenti, con dotazioni complete e funzionanti ed erogazione di acqua calda sempre garantita;

Inoltre, n. 1 servizio igienico deve essere riservato al personale in servizio.

La zona giorno deve essere provvista almeno di:

- 1) n. 1 cucina piastrellata sino a due metri di altezza a partire da terra, attrezzata per la preparazione dei pasti;
- 2) n. 1 locale pranzo;
- 3) n. 1 locale per attività psico-riabilitative;
- 4) n. 1 locale per le riunioni;
- 5) n. 1 salone attrezzato per ascoltare musica, per leggere, guardare la TV, ecc.

Deve essere garantita, complessivamente, una superficie minima di 30/35 mq. per utente.

La struttura deve essere, altresì, in regola con le disposizioni di cui agli articoli 5, 6 e 12 del presente regolamento.

La temperatura interna invernale deve essere di 20° C + 1° C.

---

---

## **Art. 2** *Comunità alloggio.*

La Comunità alloggio, ovvero struttura residenziale socio-riabilitativa a più elevata intensità assistenziale, con copertura assistenziale per 12 ore giornaliere, accoglie utenti relativamente autonomi sul piano della soddisfazione dei bisogni di vita quotidiana e con abilità psicosociali sufficientemente acquisite.

Posti letto: n. 8

Requisiti minimi autorizzativi:

### **Organizzativi**

- n. 1 collaboratore professionale sanitario esperto o collaboratore professionale assistente sociale esperto;
- n. 2 collaboratori professionali sanitari (infermieri, educatori professionali, personale della riabilitazione) o collaboratori professionali assistenti sociali;
- n. 2 operatori tecnici addetti all'assistenza;
- N. ore settimanali di attività medico psichiatrica: minimo 6 ore;
- N. ore settimanali di attività psicologica: minimo 6 ore.

I turni di servizio devono essere articolati in modo da garantire la presenza del personale di assistenza per 12 ore giornaliere.

### **Strutturali**

Gli appartamenti devono essere localizzati ai piani più bassi per una facile accessibilità.

La struttura deve avere i seguenti requisiti:

- i servizi igienici per gli utenti non devono essere inferiori a n. 1 ogni 4 utenti, con dotazioni complete e funzionanti ed erogazione di acqua calda sempre garantita; inoltre, n. 1 servizio igienico è riservato al personale;
- per quanto concerne la zona notte, ogni camera non deve avere più di due posti letto;
- la superficie minima delle camere deve essere non inferiore a 9 mq per camera singola e 16 mq per camere a due letti adeguatamente arredate;

- le camere devono avere illuminazione naturale, adeguato oscuramento ed areazione;

- la cucina deve essere piastrellata sino a due metri di altezza a partire da terra, attrezzata per la preparazione dei pasti ed eventualmente per la loro somministrazione;

- n. 1 salone attrezzato per ascoltare musica, per leggere, guardare la TV, ecc.. ed eventualmente, qualora la cucina non fosse sufficientemente spaziosa, da adibire a zona pranzo.

- n. 1 locale per le riunioni.

Deve essere garantita, complessivamente, una superficie minima di 30/35 mq. per utente.

La struttura deve essere, altresì, in regola con le disposizioni di cui agli articoli 5, 6 e 12 del presente regolamento.

La temperatura interna invernale deve essere di 20°C+ 1°C.

---

### **Art. 3**

#### *Gruppo appartamento.*

Il Gruppo - appartamento, ovvero struttura residenziale socio - riabilitativa a minore intensità assistenziale, accoglie utenti già autonomizzati in uscita dal circuito psichiatrico riabilitativo.

Posti - letto per gruppo - appartamento: n. 3

Requisiti minimi autorizzativi:

#### **Organizzativi**

- n. 2 unità lavorative, di cui:

n. 1 collaboratore professionale sanitario (infermiere, educatore professionale, personale della riabilitazione) o collaboratore professionale assistente sociale;

n. 1 operatore tecnico addetto all'assistenza.

- N. ore settimanali di attività medico psichiatrica: minimo 1 ora;

- N. ore settimanali di attività psicologica: minimo 1 ora.

Questo personale è previsto per moduli di n. 2 gruppi appartamento.

#### **Strutturali**

Stessi requisiti delle precedenti strutture rapportati al numero degli utenti.

In ottemperanza al [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#), allegato 1C, in caso di struttura accreditata, il 40% dei costi sono a carico della A.S.L. ed il 60% a carico

dell'utente o del Comune.

---

---

#### **Art. 4** *Centro diurno.*

Il Centro diurno, aperto per almeno 8 ore al giorno per sei giorni settimanali, svolge funzioni terapeutico - riabilitative tese a impedire e/o arrestare processi di isolamento relazionale e di emarginazione e a prevenire e contenere il ricovero.

N. utenti accolti giornalmente: 20

Requisiti minimi autorizzativi:

#### **Organizzativi**

- n. 7 unità lavorative, di cui:

n. 1 collaboratore professionale sanitario esperto o collaboratore professionale assistente sociale esperto;

n. 4 collaboratori professionali sanitari (infermieri, educatori professionali, personale della riabilitazione) o collaboratori professionali assistenti sociali;

n. 2 operatori tecnici addetti all'assistenza.

- N. ore settimanali di attività psicoterapeutica: minimo 12 ore.

Nel Centro diurno, inoltre, è assicurata la collaborazione di esperti (artigiani, maestri d'arte, ecc...) per la conduzione di attività specifiche.

In caso di attivazione servizio trasporto utenti e/o servizio mensa si deve, in via preferenziale, ricorrere a cooperative integrate.

Nel Centro diurno si attueranno percorsi riabilitativi miranti alla autonomizzazione e risocializzazione degli utenti attraverso programmi occupazionali volti all'apprendimento di specifiche competenze utilizzabili in senso lavorativo e programmi di animazione sociale.

Oltre alle attività interne alla struttura, gli operatori promuoveranno incontri di sostegno alle famiglie e di collegamento con il territorio.

#### **Strutturali**

La dotazione minima di ambienti della struttura è costituita da:

- locale per attività individuali

- locali per attività socio - riabilitative e attività collettive (almeno 2)

- spazio attività motoria

- n. 2 servizi igienici pazienti

- n. 1 servizio igienico personale

- locale relax pazienti
- locale pranzo
- cucinino.

La struttura deve essere, altresì in regola con le disposizioni di cui agli articoli 5, 6 e 122 del presente regolamento.

---

---

## **Art. 5**

L'accesso e la dimissione dei pazienti nelle strutture di riabilitazione psichiatrica, ai sensi del P.O. "Tutela della salute mentale 1998/2000 avvengono in base ad un programma riabilitativo personalizzato, concordato e periodicamente verificato, fra operatori del DSM, operatori della struttura riabilitativa, pazienti ed eventuali persone di riferimento.

Le attività riabilitative e risocializzanti sono finalizzate al recupero funzionale e sociale del paziente psichiatrico, con l'obiettivo finale del reinserimento sociale e lavorativo e, comunque, del raggiungimento del massimo livello di autosufficienza personale, sociale e/o lavorativa acquisibile. Le strutture devono, pertanto, di norma, accogliere soltanto utenti provenienti dal territorio della A.S.L. in cui le stesse sono collocate. Possono essere ammesse deroghe solo per specifiche situazioni nelle quali l'allontanamento del paziente dal suo contesto socio-familiare corrisponda ad una precisa - e temporanea - strategia terapeutico - riabilitativa;

Le strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne devono essere allocate nell'abitato cittadino in modo da agevolare i processi di socializzazione e collegate in rete con le altre strutture del Dipartimento di salute mentale della A.S.L.

È vietato l'accorpamento di più strutture che ospitano, in forma residenziale, pazienti psichiatrici, nonché l'accorpamento con servizi, a carattere residenziale, che erogano assistenza ad anziani o disabili.

È vietato appaltare la fornitura dei pasti e della pulizia a ditte esterne.

---

---

## **Art. 6**

### *Autorizzazione regionale all'esercizio dell'attività.*

Ai fini dell'autorizzazione regionale all'esercizio dell'attività prevista dall'[art. 8-ter, comma 4, del D.Lgs. n. 502/1992](#) e successive modificazioni, le cui procedure sono in corso di regolamentazione con apposito atto giuntale, le strutture residenziali e diurne, che sono in possesso dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi individuati dal presente provvedimento, devono essere allocate in edifici in regola con le norme igienico - sanitarie relative alle civili abitazioni, con le disposizioni in materia di accessibilità ed eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati e dotate di autorizzazione del Sindaco alla realizzazione della struttura rilasciata ai sensi dall'[art. 8-ter, commi 1 e 3, del](#)



predetto D.Lgs., dall'[art. 6 della L.R. n. 21/2000](#) e dell'[art. 27 della L.R. n. 28/2000](#). Per quel che concerne la prevenzione e sicurezza degli impianti e la tutela della salute degli utenti e dei lavoratori, devono essere rispettate tutte le procedure previste dal [D.Lgs. n. 626/1994](#), le norme di protezione antincendio e di sicurezza degli impianti elettrici e di distribuzione del gas. Ciascun utente ed operatore deve essere dotato di libretto di idoneità sanitaria alla manipolazione degli alimenti previsto dall'[art. 14 della L. n. 283/1962](#) e dal [D.P.R. n. 327/1980](#). Le strutture devono essere provviste della specifica autorizzazione sanitaria alla preparazione e somministrazione degli alimenti di cui all'[art. 2 della L. n. 283/1962](#) e dotate del piano di autocontrollo alimentare previsto dal [D.Lgs. n. 155/1997](#).

Le strutture già autorizzate ai sensi della [Delib.C.R. n. 244/1997](#) per un n° posti letto superiore a 14, sempre e comunque nei limite massimo dei 20 posti letto, mantengono l'autorizzazione per i posti letto per i quali possiedono i requisiti di cui all'art. 1 del presente regolamento o li conseguano entro sei mesi dall'adozione del seguente provvedimento, rapportati, in proporzione, al maggior numero di utenti, e, per quel che concerne la superficie minima garantita per utente, il requisito di cui al criterio n. 10, punto a) del [D.P.C.M. 22 dicembre 1989](#), fermo restando che non possono superare n. 16 posti letto, qualora , tra i soggetti ospitati, vi siano pazienti con elevata difficoltà nell'ambito relazionale, che necessitano di interventi ad alta qualificazione terapeutica, al fine di non diminuire i livelli qualitativi di assistenza riabilitativa garantita.

---

---

## **Art. 7**

Le strutture già in possesso dell'accreditamento transitorio di cui alla [L. n. 724/1994, art. 6, comma 6](#), alla [L.R. n. 28/2000, art. 22, comma 2](#), ed alla [L.R. n. 32/2001, art. 11, comma 8](#), adottano, entro 6 mesi dall'approvazione del presente provvedimento, i requisiti specificati da questo regolamento regionale.

---

---

## **Art. 8**

*Retta giornaliera <sup>(3)</sup>.*

La retta giornaliera/utente, per ciascuna delle tipologie di struttura indicate negli articoli n. 1 - 2 - 3 e 4 è individuata come segue:

Struttura	Personale		Fitto	Vitto	Spese generali Struttura (ammortamento arredi e attrezzature, utenze, attività, igiene, materiale)	Spese di amministra- zione e gestione	Totale	Costo giornaliero struttura	Retta giornaliera utente
	[a]	[b]	[c]	[d]	5% di [a+b+c+d]				
	1 unità - cig. Ds	€ 28.205,63							
	8 unità - cig. D	€ 209.223,60							
Comunità riabilitativa assistenziale psichiatrica ovvero struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per acuti e subacuti. 14 posti letto	5 unità - cig. B	€ 105.068,95	€ 33.075,00	€ 39.551,40	€ 61.974,83	€ 27.606,94	€ 579.745,92	€ 1.588,34	€ 113,45
	Consulenti	€ 37.081,60							
	oneri agg. 10%	€ 37.957,97							
	<b>Totale</b>	<b>€ 417.537,75</b>							
Comunità alloggio ovvero strutt. resid. socio- riabilitativa	1 unità - cig. Ds	€ 28.205,63							
a più elevata intensità assistenziale	2 unità - cig. D	€ 52.305,90							
8 posti letto	2 unità - cig. B	€ 42.027,58	€ 18.900,00	€ 22.620,81	€ 30.987,41	€ 11.384,80	€ 239.080,92	€ 655,01	€ 81,87
	Consulenti	€ 18.540,80							
	oneri agg. 10%	€ 14.107,99							
	<b>Totale</b>	<b>€ 155.187,90</b>							
Gruppo - appartamento	1 unità - cig. D	€ 26.152,95							
ovvero struttura residenziale	1 unità - cig. B	€ 21.013,79	(6.552 x 2)	(7,74 x 6 x 365)	(6.197,48 x 2)				
socio - riabilitativa a minore	Consulenti	€ 6.166,08	€ 13.104,00	€ 16.950,60	€ 12.394,96	€ 4.842,45	€ 101.691,48	€ 278,60	€ 46,43
intensità assistenziale N° 2 gruppi appartamenti di N° 3 posti letto	oneri agg. 2%	€ 1.066,65							
	<b>Totale</b>	<b>€ 54.399,47</b>							
	1 unità - cig. Ds	€ 28.205,63							
	4 unità - cig. D	€ 104.611,80		(7,74 x 20 x 300)	€ 40.283,63				
CENTRO DIURNO	2 unità - cig. B	€ 42.027,58	€ 36.792,00	€ 46.481,12	con mensa e trasporto	€ 17.498,62	€ 367.471,03	€ 1.224,90	€ 61,24
Aperto minimo 8 h al g. per 6 gg sett.	Consulenti	€ 30.987,41			€ 10.329,13				con mensa e trasporto
N° 20 utenti	oneri agg. 10%	€ 20.583,24							€ 47,86
	<b>Totale</b>	<b>€ 226.415,66</b>							senza mensa e trasporto

NOTA: le tariffe di cui alla presente tabella sono incrementate nella misura del 2% a decorrere dalla data di verifica del possesso dei requisiti.

(3) Per la ridefinizione delle tariffe vedi il [Reg. 8 luglio 2008, n. 11.](#)

**Art. 9***Adeguamento delle rette.*

Le rette hanno valenza dal mese successivo all'approvazione del regolamento regionale e, comunque, le Aziende sanitarie locali procedono all'adeguamento delle rette delle strutture riabilitative psichiatriche già transitoriamente accreditate, dal mese successivo all'accertamento del possesso dei requisiti previsti dal presente provvedimento ed assicurano l'attività di vigilanza e di controllo sulle strutture con cadenza semestrale, con particolare attenzione agli standard di qualità, di cui all'art. 12.

---

**Art. 10***Accreditamento provvisorio.*

Ai sensi dell'art. [8-quater, comma 7, del D.Lgs. n. 502/1992](#), come successivamente integrato e modificato, è concesso l'accREDITAMENTO, in via provvisoria, fino all'emanazione della disciplina regionale sull'accREDITAMENTO istituzionale, alle strutture che, per i posti letto già autorizzati, sono in possesso di tutti i requisiti previsti dal presente regolamento.

---

**Art. 11***Procedure per l'accREDITAMENTO provvisorio delle strutture di riabilitazione psichiatrica.*

La richiesta di accREDITAMENTO, in via provvisoria, ai sensi dell'art. [8-quater, comma 7 del D.Lgs. n. 502/1992](#), come successivamente integrato e modificato, va inoltrata, sottoscritta dal rappresentante legale dell'Ente al Dirigente del Settore Sanità dell'Assessorato regionale alta Sanità e Servizi Sociali, per il tramite del Direttore Generale della A.S.L. competente per territorio, entro 90 giorni dalla data di approvazione del Piano di riordino della rete ospedaliera.

Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

- 1) Le autorizzazioni di cui all'art. 8-ter del predetto D.Lgs., dell'art. [6 della L.R. n. 21/2000](#) e dell'art. [27 della L.R. n. 28/2000](#);
- 2) relazione informativa dalla quale risulti il possesso dei requisiti strutturali ed organizzativi, nonché dei requisiti di qualità;
- 3) documentazione comprovante che la struttura sia in regola con le norme igienico-sanitarie relative alle civili abitazioni e con le disposizioni in materia di accessibilità ed eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati, nonché attestante che siano rispettate tutte le procedure previste dal [D.Lgs. n. 626/1994](#), le norme di protezione antincendio e di sicurezza degli impianti elettrici e di distribuzione del gas, la [L. n. 283/1962, articoli 2 e 14](#) ed il [D.Lgs. n. 155/1997](#), per quanto riguarda il piano di autocontrollo alimentare.

Il Direttore Generale della A.S.L. verifica, tramite il Dipartimento di Prevenzione, d'intesa con il Dipartimento di Salute Mentale, che la struttura sia in regola con il possesso di tutti i requisiti previsti dal presente regolamento, richiedendo, se necessario, ulteriori chiarimenti e/o integrazione della documentazione già prodotta, quando ciò sia indispensabile per la valutazione di detti requisiti, e, entro 30 giorni dal ricevimento della domanda, la trasmette, in originale, al Dirigente del Settore Sanità dell'Assessorato regionale alla Sanità e Servizi Sociali, corredata delle risultanze istruttorie e del relativo parere in merito al possesso dei requisiti ed al fabbisogno accertato in relazione agli standard stabiliti dalla normativa, nonché in relazione al volume di attività. Il termine di 30 giorni è sospeso quando sia necessario acquisire chiarimenti c/o documentazione integrativa e ricomincia a decorrere dalla data in cui pervengono alla A.S.L. i documenti o i dati richiesti.

Il Dirigente di Settore, verificata tramite i propri competenti Uffici, la regolarità degli atti trasmessi ed il parere favorevole della A.S.L. di competenza, con determinazione dirigenziale, entro 30 giorni dal ricevimento degli atti, concede, ai sensi dell'[art. 8-quater, comma 7, del D.Lgs. n. 502/1992](#), come successivamente integrato e modificato, l'accreditamento, in via provvisoria, della struttura, fino e non oltre l'emanazione da parte della Regione della disciplina sull'accreditamento istituzionale.

In assenza dei requisiti necessari ed in caso di parere sfavorevole della A.S.L. di competenza, il Dirigente di Settore delibera il diniego dell'accreditamento provvisorio.

---

## **Art. 12**

### *Standard di qualità delle strutture di riabilitazione psichiatrica.*

Le strutture residenziali di riabilitazione psichiatrica devono porre attenzione al possesso dei seguenti standard di qualità:

a) le condizioni strutturali degli ambienti siano buone, con particolare riguardo allo stato delle pareti (imbiancatura almeno triennale), degli infissi, dei servizi igienici (con dotazioni complete e funzionanti ed erogazione di acqua calda sempre garantita);

b) sia rispettato un programma di manutenzione ordinaria della struttura;

c) siano disponibili mezzi di trasporto adeguati alle attività ed al numero e tipologia degli utenti della struttura;

d) la struttura sia raggiungibile agevolmente anche con i mezzi pubblici (45 minuti circa) dalla maggioranza dei familiari residenti;

e) il numero delle linee telefoniche sia adeguato al numero degli utenti, degli operatori, delle attività svolte e vi sia la possibilità per gli utenti di utilizzare un telefono, facendosi carico della relativa spesa;

f) la struttura sia organizzata in modo tale che ogni paziente abbia uno spazio che può considerare come suo ed esista del mobilio per conservare in modo sicuro

oggetti personali; gli utenti siano aiutati a fare scelte individuali per quanto riguarda gli spazi e gli effetti personali;

g) l'arredamento, conforme a quanto in uso nelle civili abitazioni ed appropriato alle necessità degli utenti, offra condizioni di vivibilità buone le stanze siano arricchite con elementi decorativi, la biancheria, non di tipo ospedaliero, sia in buone condizioni e disponibile in quantità adeguata;

h) tutti gli spazi siano accessibili agli utenti durante il giorno, tranne eventuali dispense o depositi;

i) deve essere consentito ai visitatori l'accesso alla struttura liberamente ed in tutti gli spazi accessibili agli utenti, nel rispetto della privacy di quest'ultimi e del lavoro degli operatori;

j) il lavoro sia organizzato secondo il modello per équipe; ogni membro dell'équipe partecipi alla formulazione dei piani di trattamento, ne valuti l'andamento nel corso di riunioni periodiche (settimanali o quindicinali) ed abbia precise responsabilità nella loro attuazione;

k) per ciascun utente in carico sia redatto, insieme con l'équipe del Centro di salute mentale e con l'utente stesso, un programma riabilitativo personalizzato che, in rapporto alla patologia, alle disabilità, alle potenzialità, alla storia personale ed alle aspettative del paziente, individui gli obiettivi finali di miglioramento della qualità della vita da perseguire, attraverso la riduzione delle disabilità, la riacquisizione dell'autonomia nella cura di sé e dell'ambiente, delle competenze interpersonali ed intrapersonali, delle abilità strumentali generali e favorevoli l'autonomia all'esterno ed il completo reinserimento sociale e lavorativo, laddove possibile;

l) venga nominato un operatore di riferimento in maniera stabile e continuativa per ogni paziente;

m) le attività riabilitative non perseguano obiettivi generici, bensì siano finalizzate ad obiettivi specifici ed effettivamente raggiungibili per ciascuno degli utenti coinvolti in esse;

n) sia curato il rapporto con le famiglie dei pazienti e tra i pazienti e i loro familiari; i familiari siano adeguatamente informati ed incoraggiati ad assumere un ruolo attivo nel trattamento del paziente, laddove ciò sia possibile ed opportuno;

o) ogni utente in carico abbia una sua cartella compilata in modo completo ed aggiornato, con acclusa documentazione;

p) gli utenti siano adeguatamente informati in merito al proprio stato di salute, all'andamento del programma terapeutico riabilitativo ed ai risultati dello stesso;

q) sia disponibile nella struttura una scorta adeguata di farmaci generali fondamentali, di psicofarmaci fondamentali per il trattamento delle emergenze psichiatriche, di materiale di pronto soccorso;

r) i pasti siano adeguati per quantità e qualità ai requisiti nutrizionali;

s) le condizioni di pulizia e igiene e la profilassi in generale siano curate con estrema attenzione onde prevenire il contagio da malattie infettive;

t) il personale presti sempre la dovuta attenzione all'aspetto dei pazienti non autosufficienti nella cura di sé;

u) esista un piano annuale di formazione ed aggiornamento del personale che riguardi tutte le figure professionali;

v) sia curata la redazione e l'aggiornamento periodico di una Guida al Servizio quale strumento di informazione sulle prestazioni e le garanzie dell'utente.

I Centri diurni devono garantire il possesso dei medesimi standard di qualità di cui al comma precedente, ad esclusione del punto f).

---

---

Copyright 2015 Wolters Kluwer Italia Srl. All rights reserved.

SANITA' E SANITARI  
Corte cost., Sent., (ud. 07-05-2013) 07-06-2013, n. 132

**SANITA' E SANITARI**  
**Questioni di legittimità costituzionale**

<b>Fatto</b>	<b>Diritto</b>	<b>P.Q.M.</b>
--------------	----------------	---------------

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori:

- Franco GALLO Presidente
- Luigi MAZZELLA Giudice
- Gaetano SILVESTRI "
- Sabino CASSESE "
- Giuseppe TESAURO "
- Paolo Maria NAPOLITANO "
- Giuseppe FRIGO "
- Alessandro CRISCUOLO "
- Paolo GROSSI "
- Giorgio LATTANZI "
- Aldo CAROSI "
- Marta CARTABIA "
- Sergio MATTARELLA "
- Mario Rosario MORELLI "
- Giancarlo CORAGGIO "

ha pronunciato la seguente

**Svolgimento del processo**

SENTENZA

Nel giudizio di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 237-vicies quater, primo periodo, della legge della Regione Campania 15 marzo 2011, n. 4 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania - Legge finanziaria regionale 2011), introdotto dall'articolo 2 della legge della Regione Campania 21 luglio 2012, n. 23, recante «Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 ([decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#) e successive modifiche ed integrazioni, riordino servizio sanitario regionale) ed alla legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania - Legge finanziaria regionale 2011)» nel testo vigente anteriormente alla sua abrogazione ad opera della legge 31 dicembre 2012, n. 41, promosso dal Presidente del Consiglio dei ministri con ricorso spedito per la notifica il 28 settembre 2012, depositato in cancelleria il 4 ottobre 2012 ed iscritto al n. 130 del registro ricorsi 2012.

Udito nell'udienza pubblica del 7 maggio 2013 il Giudice relatore Mario Rosario Morelli;

udito l'avvocato dello Stato Giacomo Aiello per il Presidente del Consiglio dei ministri.

1.- Il Presidente del Consiglio dei ministri ha impugnato, con il ricorso in epigrafe, l'articolo 1, comma 237-vicies quater [rectius: l'art. 1, comma 237-vicies quater, primo periodo], della legge della Regione Campania 15 marzo 2011, n. 4 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania - Legge finanziaria regionale 2011), introdotto dall'articolo 2 della legge della Regione Campania 21 luglio 2012, n. 23 recante «Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 ([decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#) e successive modifiche ed integrazioni, riordino servizio sanitario regionale) ed alla legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania - Legge finanziaria regionale 2011)», denunciandone il contrasto con [l'articolo 117, terzo comma, della Costituzione](#).

2.- In particolare il ricorrente deduce che la disposizione censurata - nel prevedere che «ai soggetti che [...] in virtù di acquisto per il tramite del curatore fallimentare sono subentrati nella titolarità di strutture per le quali si è risolto il rapporto di provvisorio accreditamento con il servizio sanitario regionale» la Regione possa direttamente concedere l'accreditamento definitivo - si porrebbe in contrasto con i principi fondamentali in materia di tutela della salute di cui all'[articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502](#) (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'[articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421](#)) ed all'[articolo 1, comma 796, lettere s\) e t\), della legge 27 dicembre 2006, n. 296](#) (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato? Legge finanziaria 2007), con conseguente violazione [dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione](#).

3.- La Regione non si è costituita nel giudizio innanzi alla Corte.

### **Motivi della decisione**

1.- Il Presidente del Consiglio dei ministri ha impugnato l'articolo 1, comma 237-vicies quater [rectius: l'art. 1, comma 237-vicies quater, primo periodo], della legge della Regione Campania 15 marzo 2011, n. 4 (Disposizioni per la formazione



del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania - Legge finanziaria regionale 2011), introdotto dall'articolo 2 della legge della Regione Campania 21 luglio 2012, n. 23, recante «Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 ([decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#) e successive modifiche ed integrazioni, riordino servizio sanitario regionale) ed alla legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania - Legge finanziaria regionale 2011)».

Ad avviso del ricorrente, la disposizione censurata recherebbe vulnus [all'articolo 117, terzo comma, della Costituzione](#), per contrasto con i principi fondamentali della legislazione statale in materia di tutela della salute di cui all'[articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#) (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'[articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421](#)) ed all'[articolo 1, comma 796, lettere s\) e t\), della legge 27 dicembre 2006, n. 296](#) (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge finanziaria 2007).

2.- Successivamente alla proposizione del ricorso, la legge della Regione Campania 31 dicembre 2012, n. 41, recante «Modifiche ed abrogazioni di norme alla legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale del 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania - Legge finanziaria regionale 2011) e modifiche alla legge regionale 24 novembre 2001, n. 12 (Disciplina ed armonizzazione delle attività funerarie)», in sede di riformulazione dell'articolo 1 della citata legge regionale n. 4 del 2011, ha espunto dallo stesso la disposizione censurata.

Il correlativo effetto abrogativo decorre, per altro, solo dal giorno successivo a quello (7 gennaio 2013) della pubblicazione della legge nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania (art. 4 della legge regionale n. 41 del 2012).

Non potendo escludersi che la disposizione impugnata abbia avuto medio tempore applicazione, non può, quindi, dichiararsi cessata la materia del contendere (ex plurimis, sentenze n. 235, n. 153 e n. 89 del 2011).

3.- In relazione alla dedotta violazione [dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione](#) per contrasto della norma denunciata con l'[art. 1, comma 796, lettere s\) e t\), della legge n. 296 del 2006](#), quale parametro interposto, la questione va ritenuta inammissibile, per assenza di specifica motivazione, nel ricorso, su tal profilo di censura (sentenze n. 401 del 2007, n. 450 del 2005; ordinanze n. 123 del 2012 e n. 135 del 2009).

4.- La residua questione - formulata in ragione del prospettato contrasto della impugnata disposizione regionale con la disciplina dell'accreditamento di strutture sanitarie, recata dall'[art. 8-quater del d. lgs. n. 502 del 1992](#), considerato come norma interposta - è, invece, fondata.

4.1.- Nella giurisprudenza di questa Corte è stato ripetutamente affermato, ed anche di recente ribadito (sentenze n. 292 e n. 262 del 2012), che la competenza regionale in materia di autorizzazione ed accreditamento di istituzioni sanitarie private deve essere inquadrata nella più generale potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute, che vincola le Regioni al rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato (sentenze n. 134 del 2006 e n. 200 del 2005).

4.2.- La natura di principi fondamentali nella materia de qua è stata del pari già riconosciuta ai requisiti per l'accreditamento di strutture sanitarie private fissati dall'art. 8-quater del d. lgs. n. 502 del 1992, richiamato dal ricorrente come norma interposta ai fini della violazione *dell'art. 117, terzo comma, Cost.* (sentenze n. 292 del 2012 e n. 361 del 2008).

4.3.- Nella riferita disciplina di principio, è previsto, in particolare (art. 8-quater, comma 7, del d. lgs n. 502 del 1992), che «nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, detto accreditamento può essere concesso, in via provvisoria, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati», e che «l'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accREDITAMENTO temporaneamente concesso».

4.4.- La disposizione regionale censurata, invece, stabilisce, dichiaratamente «in deroga ai requisiti di legge per l'accREDITAMENTO definitivo», che «ai soggetti che hanno presentato domanda di accREDITAMENTO [...] e che, in virtù di acquisto per il tramite del curatore fallimentare, sono subentrati nella titolarità di strutture per le quali si è risolto il rapporto di provvisorio accREDITAMENTO con il servizio sanitario regionale [...], la Regione concede l'accREDITAMENTO definitivo qualora all'esito delle verifiche effettuate dalle Commissioni locali ASL risulti confermato l'assetto organizzativo e tecnologico della precedente struttura ed il possesso dei requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO definitivo».

4.5.- Nella ipotesi, peculiare, di nuova attività in struttura preesistente, disciplinata dalla norma regionale in esame, viene, per l'effetto, così introdotta una sostanziale variante alla struttura bifasica della procedura di accREDITAMENTO consentendosi che i due segmenti dell'accREDITAMENTO provvisorio e dell'accREDITAMENTO definitivo possano realizzarsi in modo soggettivamente disgiunto, in quanto l'accREDITAMENTO provvisorio del soggetto la cui attività è cessata per fallimento viene posto direttamente in correlazione con quello definitivo concedibile al soggetto subentrante che mantenga inalterato l'assetto organizzativo e tecnologico della precedente struttura e sia, ovviamente, in possesso dei requisiti per l'accREDITAMENTO.

Ma, con ciò, risulta irrimediabilmente impedita, nei confronti della nuova attività avviata nella struttura preesistente, la «verifica», «per il tempo [a questa] necessario [...] del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati», quale, invece, prescritta dalla disciplina statale di principio, anche ai fini del riscontro di compatibilità dell'eventuale nuovo accREDITAMENTO con il fabbisogno regionale di assistenza.

5.- Deve, quindi, ritenersi costituzionalmente illegittimo l'art. 1, comma 237-vicies quater, primo periodo, della legge della Regione Campania n. 4 del 2011, introdotto dall'articolo 2 della legge della regione Campania n. 23 del 2012, per contrasto con *l'art. 117, terzo comma, della Costituzione.*

## **P.Q.M.**

### LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 237-vicies quater, primo periodo, della legge della Regione Campania 15 marzo 2011, n. 4 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione

Campania - Legge finanziaria regionale 2011), introdotto dall'articolo 2 della legge della Regione Campania 21 luglio 2012, n. 23, recante «Modifiche ed abrogazioni di norme alla legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale del 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania - Legge finanziaria regionale 2011) e modifiche alla legge regionale 24 novembre 2001, n. 12 (Disciplina ed armonizzazione delle attività funerarie)», nel testo vigente anteriormente alla sua abrogazione ad opera della legge regionale 31 dicembre 2012, n. 41.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 3 giugno 2013.

Depositata in Cancelleria il 7 giugno 2013.

---