

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

ART. 1 FINALITA'

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

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

ART. 2 RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA) PER DISABILI

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

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

Il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento eroga trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, in età compresa tra i 18 e i 64 anni, che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse nei Presidi di Riabilitazione, ma che richiedono un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria, che non sono in grado di condurre una vita autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, non possono far prevedere che limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e non possono essere assistite a domicilio.

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

La durata della degenza non è preordinata.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza nei nuclei di mantenimento di RSA disabili deve essere preventivamente autorizzato dall'UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante. A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 30 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica inderogabilmente la richiesta di proroga alla UVM del DSS nel quale insiste la struttura erogante, all'Area Socio Sanitaria della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale, all'Area Socio Sanitaria della ASL di residenza del paziente.

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

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

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

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

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

ART. 3 **CENTRO DIURNO SOCIOEDUCATIVO E RIABILITATIVO PER DISABILI**

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

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

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

Il centro deve, in ogni caso, organizzare:

- attività educative indirizzate all'autonomia;
- attività di socializzazione ed animazione;
- attività espressive, psico-motorie e ludiche;
- attività culturali e di formazione;
- prestazioni sociosanitarie e riabilitative.

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

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

La durata della degenza non è preordinata.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Area abitativa

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

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

Servizi di nucleo

I seguenti servizi possono servire anche diversi nuclei:

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

Area destinata alla valutazione e alle terapie

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

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

Area della socializzazione

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

- servizi per l'assistenza religiosa e relativo locale;
- locale bar (in alternativa distributori automatici di alimenti e bevande);
- soggiorno polivalente;
- bagni per i visitatori, di cui almeno uno accessibile alle persone con disabilità;

- ove possibile aree verdi attrezzate, e accessibili alle persone con disabilità, all'interno del complesso. L'area verde è obbligatoria per le strutture di nuova realizzazione.

Servizi a richiesta dell'utenza

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

Aree generali e di supporto

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

Devono essere previsti:

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

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

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

5.2 REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI PER LE RSA disabili

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

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

Devono essere presenti:

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

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

5.3 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI PER LE RSA DISABILI

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

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

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

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

Il medico cui è affidata la direzione sanitaria:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per ogni utente è:

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

L'organizzazione garantisce all'ospite:

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

- E' gradita l'assistenza religiosa e spirituale favorendo la presenza di diversi assistenti religiosi a seconda della confessione degli ospiti.

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

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

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

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

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

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

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

ART.6

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

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

6.1 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DEL CENTRO DIURNO PER DISABILI

La struttura deve, in ogni caso, garantire:

- un ambiente sicuro e protesico per l'utenza a cui il Centro fa riferimento
- congrui spazi destinati alle attività, non inferiori a complessivi 250 mq per 30 utenti, inclusi i servizi igienici e le zone ad uso collettivo;
- zone ad uso collettivo, suddivisibili anche attraverso elementi mobili, per il ristoro, le attività di socializzazione e ludico-motorie con possibilità di svolgimento di attività individualizzate;
- una zona riposo distinta dagli spazi destinati alle attività, con almeno una camera con n. 2 posti letto per il sollievo per la gestione delle emergenze;
- autonomi spazi destinati alla preparazione e alla somministrazione dei pasti, in caso di erogazione del servizio;

- spazio amministrativo;
- linea telefonica abilitata a disposizione degli/le utenti;
- servizi igienici attrezzati:
 - 2 bagni per ricettività fino a 20 posti, di cui uno destinato alle donne;
 - 3 bagni per ricettività oltre 20 posti, di cui uno riservato in rapporto alla ricettività preventiva uomini/donne.
- un servizio igienico per il personale.

Tutti i servizi devono essere dotati della massima accessibilità.

6.2 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO DIURNO PER DISABILI

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

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

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

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

Il medico cui è affidata la direzione sanitaria:

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

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

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

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

Al legale rappresentante del Centro diurno è fatto divieto di esternalizzare la gestione della struttura a soggetti terzi. Tale divieto non si applica ai Centri diurni a titolarità pubblica, ovvero ai Centri diurni di Aziende Sanitarie Locali, ai sensi dell'art. 9 - bis del D.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. E' fatto divieto di utilizzare il personale a servizio di più nuclei, fatta esclusione per il raggiungimento del requisito del tempo pieno.

Per ogni utente è:

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

L'organizzazione garantisce all'ospite:

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

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

- la mission;
- la dotazione del personale con le rispettive attribuzioni/compiti;
- le norme igienico sanitarie;
- le finalità ed i metodi di cura/riabilitativi/assistenziali;

- l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo sia agli orari dei pasti che alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- l'indicazione delle modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal SSR;
- le modalità di raccolta dei reclami e/o dei suggerimenti per il miglioramento della qualità della struttura.

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

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

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

ART.7 REQUISITI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

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

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

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

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

7.2 REQUISITI SPECIFICI TECNOLOGICI DELLE RSA DISABILI

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

7.3 REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI DELLE RSA DISABILI

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

E' garantita la presenza di:

- medico responsabile della struttura;
- assistenti sociali;
- infermieri;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1 unità di medico = 38 ore sett.

1 unità di altre figure professionali = 36 ore sett.

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

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

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

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

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

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

Oltre allo standard di infermiere professionale riportato nella tabella, deve essere garantita la presenza di n. 1 unità infermieristica in possesso di attestato di 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.

NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO B PER PERSONE DISABILI NON GRAVI O PRIVI DEL SOSTEGNO FAMILIARE DA 20 POSTI LETTO	CODICE RD4
	N.UNITA'*
FUGURE PROFESSIONALI	
RESPONSABILE SANITARIO	3 ore sett.
FISIOTERAPISTA/LOGOPEDISTA	9 ore sett.
INFERMIERE PROFESSIONALE	1
OSS	5

EDUCATORE PROFESSIONALE O TERAPISTA OCCUPAZIONALE	18 ore sett.
ASSISTENTE SOCIALE	4 ore sett.

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

1unità di medico = 38 ore sett.

1unità di altre figure professionali = 36 ore sett.

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

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

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

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

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

E' garantita la presenza di:

- medico specialista con funzione di responsabile sanitario;
- psicologo;
- terapeuta della riabilitazione;
- educatori professionali/terapisti occupazionali;
- operatore socio-sanitario dedicati all'assistenza.

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

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

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

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

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

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale per 30 posti; per nuclei con numero di posti inferiori a 30, il personale è rapportato al numero dei posti.

NUCLEO DI ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI DA 30 POSTI	
FIGURE PROFESSIONALI	N.UNITA'*
RESPONSABILE SANITARIO	4 ore sett.
	4 ore sett.
FISIOTERAPISTA/LOGOPEDISTA	1
OSS	2
EDUCATORE PROFESSIONALE/TERAPISTA OCCUPAZIONALE	6
PSICOLOGO	4 ore sett.
ASSISTENTE SOCIALE	18 ore sett.

*1unità di medico = 38 ore sett.

1unità di altre figure professionali = 36 ore sett.

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

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

I professionisti sanitari della riabilitazione devono essere in possesso di idoneo titolo (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741- D.M. 27 luglio 2000; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742 - D.M. 27 luglio 2000; terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56 - D.M. 27 luglio 2000; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n.136 - D.M. 27 luglio 2000; educatore professionali ex D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 - D.M. 27 luglio 2000)

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

ART.8

REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO DELLA RSA DISABILI E DEL CENTRO DIURNO SOCIOEDUCATIVO E RIABILITATIVO PER DISABILI

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

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

8.1 OBIETTIVO 1 - SISTEMA DI GESTIONE

8.1.1. Politica, obiettivi e piano di attività.

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

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

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

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

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

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

8.1.2. Obiettivi della struttura

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

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

8.1.3. Obiettivi generali

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

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

8.1.4. Obiettivi specifici

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

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

Essi debbono inoltre:

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

Il piano di attività deve, in particolare, comprendere:

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

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

8.1.5. Diffusione - Condivisione - Motivazione

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

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

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

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

g) verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza alla organizzazione.

8.1.6. Risorse umane

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

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

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

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

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

8.1.7. Controllo del sistema per misurazioni

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

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

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

8.1.8. Miglioramento della qualità

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

Il fine prioritario della politica sanitaria della Regione Puglia è la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, in termini di equità, d'accesso, umanizzazione delle cure, gestione del rischio

clinico, qualità della vita, soddisfazione dell'utente e uso appropriato delle risorse, anche sulla base di rapporti costi-efficacia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

g) assunzione delle decisioni sulla base dell'analisi dei dati.

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

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

8.1.9. Obiettivi del miglioramento

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

Gli obiettivi del miglioramento sono:

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

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

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

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

8.1.10. Metodologia di raccolta suggerimenti utenti

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

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

8.1.11. Metodologie di confronto con comitati od associazioni

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

8.2 OBIETTIVO 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI

8.2.1. La carta dei servizi

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

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

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

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

8.2.2. Struttura della carta dei servizi

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

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

8.2.3. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

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

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

8.2.4. Continuità assistenziale

L'organizzazione della struttura deve progettare ed implementare i processi di continuità per coordinare l'assistenza dei singoli pazienti tra le varie articolazioni organizzative. La definizione delle responsabilità e

delle modalità per il passaggio in cura contribuisce a migliorare la continuità, il coordinamento, la soddisfazione del paziente, la qualità e potenzialmente anche gli esiti. A tal fine la struttura deve:

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

8.2.5. Gestione della documentazione

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

8.2.6. Struttura della documentazione

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

- a) grado di conseguimento degli obiettivi generali e degli obiettivi specifici;
- b) livello di soddisfazione degli utenti circa la qualità del servizio;
- c) risultato di verifica delle attività;
- d) risultato dei piani di miglioramento;
- e) analisi per l'individuazione delle tendenze di qualità;
- f) azione correttiva e la sua efficacia;
- g) idoneità delle prestazioni dei fornitori;
- h) addestramento e competenza del personale;
- i) confronto con dati nazionali di riferimento.

8.2.7. Controllo della documentazione

La documentazione che dispone prescrizioni generali e specifiche per l'erogazione del servizio deve essere leggibile, datata (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.

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

8.2.11. Registrazione dei dati

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

8.2.12. Motivazione delle registrazioni

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

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

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

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

8.2.13. Conservazione dei documenti

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

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

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

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

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

8.2.14. Verifica dei risultati

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

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

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

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

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

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

La valutazione di cui sopra verifica:

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

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

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

8.2.16. Criteri di registrazione dei dati

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

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

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

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

OBIETTIVO 3 - ASPETTI STRUTTURALI

8.3.1. Idoneità all'uso della struttura

L'organizzazione sanitaria deve essere in grado di offrire ai propri pazienti, ai loro familiari, al personale e ai visitatori una struttura sicura. Per raggiungere quest'obiettivo è necessaria una gestione della struttura, degli impianti volta a ridurre, controllare, prevenire i rischi e i pericoli e mantenere condizioni di sicurezza. Pertanto, l'organizzazione, indipendentemente dalle dimensioni e dalle risorse proprie di ciascuna, è tenuta ad osservare la legislazione, la normativa e ogni altro requisito cogente applicabile che determinano il modo in cui una struttura è progettata e mantenuta in efficienza. La Direzione deve conoscere la legislazione, la normativa e i requisiti applicabili e inserire a bilancio, pianificare e implementare tutte le attività volte a soddisfare i requisiti di legge.

A tal fine la struttura deve:

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

8.3.2. Gestione delle attrezzature

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

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

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

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

8.3.3. Programmazione degli acquisti di attrezzature

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

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

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

8.3.4. Inventario delle attrezzature

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

- a) soddisfare gli obblighi di legge;
- b) disporre di dati riassuntivi;
- c) permettere la rintracciabilità delle attrezzature biomediche;

d) fare le analisi per stabilire dei criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici, tenendo conto dell' obsolescenza del parco macchine e delle singole tipologie di apparecchiature biomediche.

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

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

8.3.5. Manutenzione

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

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

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

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

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

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

8.3.6. Manutenzione preventiva e controlli di funzionalità e sicurezza

Il piano di manutenzione prevede, se richiesto dalla tipologia delle attrezzature, le attività relative alla manutenzione preventiva e ai controlli di funzionalità e sicurezza delle attrezzature al fine di garantire la loro idoneità all'uso.

Il piano di manutenzione per le apparecchiature biomediche deve:

- a) identificare tutte le apparecchiature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati riconosciuti nazionali. In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;
- b) definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- c) definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca,

ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;

d) identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;

e) conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche;

f) assicurare che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo;

g) assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;

h) evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicarne il controllo funzionale e di sicurezza.

8.3.7. Archivio manutenzioni eseguite

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

OBIETTIVO 4 - COMPETENZE DEL PERSONALE

8.4.1. Formazione

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

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

8.4.2. Inserimento, affiancamento, addestramento

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

Le necessità di addestramento sono programmate tenendo presente:

a) i tempi necessari al raggiungimento dei requisiti e delle abilità richieste;

b) il turn over del personale;

c) la numerosità dello stesso.

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

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

8.4.3. Formazione e aggiornamento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBIETTIVO 5 - COMUNICAZIONE

8.5.1. Comunicazione

Per dare trasparenza alla propria politica e alle caratteristiche del servizio erogato, la struttura deve munirsi di strumenti idonei a garantire una corretta e sistematica comunicazione all'interno e all'esterno della organizzazione.

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

per servizi aggiuntivi. Le caratteristiche del servizio devono essere diffuse tramite ogni soggetto attivo della struttura, sia come singolo, sia organizzato in gruppi.

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

La comunicazione deve essere efficace per informare su:

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

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

- a) criteri espliciti di erogazione delle prestazioni;
- b) informazione alla persona e ai 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 contemplici 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*, *Significan event audit*) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (*Safety walkround*);
- d) la presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio;
- e) l'applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, *check-list* ed altri strumenti per la sicurezza;
- f) la definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;
- g) la presenza di un Piano di formazione;
- h) l'adozione di metodologie proattive per la valutazione dei rischi.

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

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

La promozione della cultura della sicurezza non deve essere solo una dichiarazione di intenti, ma deve prevedere una strategia sistematica di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze specifiche che comprenda anche la valutazione delle competenze professionali, sia tecniche che non tecniche.

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

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

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- a) lo sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività;
- b) la produzione e diffusione di buone pratiche;
- c) la garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi;

- d) la presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.

7 PROCESSI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE

8.7.1. Programmi e progetti di miglioramento

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

8.7.2. Mantenimento dei miglioramenti acquisiti

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

8.7.3. Continuità del miglioramento

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

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

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

ART. 9

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO

- 1.** Il fabbisogno regionale delle strutture oggetto del presente regolamento è distinto in:
 - a) fabbisogno di posti letto/posti semiresidenziali che possono essere autorizzati all'esercizio:
 - b) fabbisogno di posti letto/posti semiresidenziali che possono essere anche accreditati.Il rapporto tra i posti letto/posti semiresidenziali accreditabili e quelli autorizzabili all'esercizio è pari a 1:1,3.
- 2.** Ai fini dell'autorizzazione all'esercizio, il fabbisogno di posti letto in regime residenziale di mantenimento e di posti in regime semiresidenziale di mantenimento per disabili è stabilito in misura pari a:
 - a) numero dei posti letto/posti di cui al successivo articolo 10, comma 1 con l'aggiunta di:
 - i. trenta per cento (30%) di posti letto aggiuntivi di nuclei di mantenimento per disabili

- ii. trenta per cento (30%) di posti semiresidenziali aggiuntivi di nuclei di mantenimento per disabili

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

3. Rientrano nel fabbisogno sopra determinato, anche se in esubero:

- a) i posti letto/ posti semiresidenziali di RSA ex R.R. n. 3/2005 pubblici già autorizzati all'esercizio o già previsti in atti di programmazione sanitaria regionale;
- b) i posti letto/posti semiresidenziali di RSA ex R.R. n. 3/2005 privati già autorizzati all'esercizio;
- c) i posti letto di Residenza Socio Sanitaria per disabili ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., di Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., e di Centri diurni per disabili ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
- d) i posti letto di Residenza Socio Sanitaria per disabili ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., di Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e di Centri diurni per disabili ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. realizzate dalle AASSLL, dai Comuni o dalle ASP o dai soggetti privati con il contributo dei fondi FESR, della Regione e/o dei Comuni e non ancora autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
- e) i posti letto di Residenza Socio Sanitaria per disabili ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., di Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e di Centri diurni per disabili ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. che hanno presentato istanza di autorizzazione alla realizzazione o alla ristrutturazione di strutture sanitarie e sociosanitarie con mezzi propri presentate dai privati alla data del 31/12/2017 che all'entrata in vigore del presente regolamento sono state autorizzate ovvero per le quali è decorso, senza diniego, il termine previsto dalla legge per il rilascio.

Le strutture Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento possono optare per la scelta di riconvertirsi in strutture sociosanitarie - nucleo di assistenza residenziale mantenimento di tipo B per persone disabili non gravi o privi del sostegno familiare. Diversamente, le strutture Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento possono mantenere l'autorizzazione al funzionamento ai sensi del R.R. n. 4/2007 e mantenere lo status di strutture socioassistenziali.

ART. 10

FABBISOGNO PER L'ACCREDITAMENTO

1. Ai fini dell'accREDITamento, il fabbisogno di posti letto in regime residenziale di mantenimento e di posti in regime semiresidenziale di mantenimento per disabili è stabilito in misura pari a ~~3.620~~ 4.081 equivalente a 1 p/1.000 abitanti così suddivisi:

RSA DISABILI	RSA- NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO A PER PERSONE DISABILI GRAVI	RD3	694 pl	0,17/1.000 ab.
	RSA - NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO B PER PERSONE DISABILI CON MODERATO IMPEGNO ASSISTENZIALE O DISABILI PRIVI DI SOSTEGNO FAMILIARE	RD4	80 pl	0,02/1.000 ab.
CENTRO DIURNO DISABILI	NUCLEI PRESTAZIONI MANTENIMENTO PER DISABILI		3.307 posti	0,81/1.000 ab.

2. Il fabbisogno regionale di cui al comma 1 è rapportato su base territoriale provinciale (popolazione residente - dati ISTAT 2015).
3. Nell'ambito del fabbisogno di RSA disabili di cui al comma 2 rientrano:
 - a) i posti letto di RSA pubbliche e private per disabili già autorizzate all'esercizio ed accreditate ai sensi del R.R. n. 3/2005 alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
 - b) i posti letto di RSA pubbliche e private già autorizzate all'esercizio ai sensi del R.R. n. 3/2005 alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
 - c) i posti letto di RSA pubbliche e private per i quali è stato concesso parere di compatibilità e per i quali lo stesso non sia decaduto alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
 - d) i posti letto di RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
 - e) i posti letto di RSA disabili pubblici e di RSSA disabili pubblici previsti in atti di programmazione regionale;
 - f) i posti letto di Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento.
 - i. fatti salvi i posti letto di RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale con la ASL che alla data di entrata in vigore del presente regolamento occupati da a) pazienti provenienti dagli Istituti Ortofrenici e dalle strutture manicomiali e b) soggetti psichiatrici stabilizzati inviati dal Dipartimento di Salute Mentale. Tali posti letto si riconvertono in posti letto di mantenimento per disabili di tipo A.

Tutti i posti di cui al presente comma saranno oggetto di riconversione nei nuclei di assistenza di mantenimento per disabili previsti dal presente regolamento, ai sensi del successivo art.12.

4. I posti letto, di cui al fabbisogno del presente articolo, di RSA di mantenimento- nuclei di tipo B per persone disabili con moderato impegno assistenziale o disabili privi di sostegno familiare sono attribuiti alle Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. già autorizzate al funzionamento e contrattualizzate con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento mediante riconversione del corrispondente numero di posti già autorizzati al funzionamento, ai sensi del successivo art.12;
5. La restante quota di posti letto disponibili di RSA disabili su base provinciale, non oggetto del processo di riconversione di cui ai precedenti commi 3 e 4, ovvero la restante quota di posti letto disponibili di RSA nuclei di prestazioni di mantenimento per disabili gravi e nuclei di mantenimento per disabili non gravi riveniente dalla ricognizione di cui all'art. 12.1 lettera a), è assegnata all'esito delle procedure di cui al successivo art. 12, con le seguenti modalità:
 - a) il 30% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS in cui si registra un esubero di posti letto già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti. La quota del 30% è distribuita, nel limite massimo di un nucleo da n. 20 p.l., alle RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento e non contrattualizzate alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
 - b) il restante 70% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS carenti e parzialmente carenti di posti letto già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del

presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti, da distribuirsi in base alla popolazione residente, e sono assegnati alle RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubbliche e private già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento, nel limite di un nucleo da n. 20 p.l., con il seguente ordine di preferenza:

1. RSSA ex art. 58 non contrattualizzata;
2. RSSA ex art. 58 già contrattualizzata.

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

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

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

- 5.1 In riferimento alle Aziende Sanitarie Locali che non hanno sottoscritto accordi contrattuali con RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i., la restante quota di posti disponibili di RSA disabili su base provinciale, e non oggetto del processo di riconversione di cui al precedente comma 3, ovvero la restante quota di posti disponibili di RSA disabili riveniente dalla ricognizione di cui all'art. 12.1 lettera a), è assegnata all'esito delle procedure di cui al successivo art. 12, mediante distribuzione su base distrettuale in base alla popolazione residente.
6. Nell'ambito del fabbisogno di Centro diurno disabili di cui al comma 1 rientrano:
 - a) i posti di Centro diurno socioeducativo e riabilitativo ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubblici e privati già autorizzati al funzionamento e contrattualizzati con le Aziende Sanitarie Locali alla data di entrata in vigore del presente regolamento, nel limite massimo dei posti contrattualizzati e tenuto conto del tasso di occupazione dei posti contrattualizzati;
 - b) i posti di Centro diurno ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. di cui alla preintesa approvata con DGR n. 330/2018.

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

7. La restante quota di posti disponibili di Centro diurno su base provinciale, e non oggetto del processo di riconversione di cui al precedente comma 6, ovvero la restante quota di posti disponibili di Centro diurno per disabili riveniente dalla ricognizione di cui all'art. 12.1 lettera b), è assegnata all'esito delle procedure di cui al successivo art. 12, con le seguenti modalità:

- a) il 30% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS in cui si registra un esubero di posti letto già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti. Gli stessi saranno distribuiti, nel limite massimo di un nucleo da n. 30 posti, ai Centri diurni ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubblici e privati già autorizzate al funzionamento e non contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
- b) il restante 70% dei predetti posti disponibili sono destinati alle strutture dei DSS carenti e parzialmente carenti di posti già contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento rispetto al fabbisogno teorico risultante dalla applicazione del criterio del numero degli abitanti, da distribuirsi in base alla popolazione residente, e sono assegnati ai Centri diurni ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. pubblici e privati già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento, nel limite di un nucleo da n. 30 posti, con il seguente ordine di preferenza:
 - 1. Centro diurno ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. non contrattualizzato;
 - 2. Centro diurno ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. già contrattualizzata.

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

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

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

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

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

In riferimento ai singoli distretti socio sanitari, in assenza di istanze ai fini dell'assegnazione dei posti disponibili da parte di Centri diurni ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. già autorizzati al funzionamento

e/o contrattualizzati alla data di entrata in vigore del presente regolamento, si terrà conto delle nuove istanze per posti semiresidenziali residuali da assegnare alle strutture di nuova realizzazione.

ART. 11

AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE, AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO ED ACCREDITAMENTO

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

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

ART. 12

NORME TRANSITORIE

12.1 DISPOSIZIONI TRANSITORIE

a) La giunta regionale, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento, approva un atto ricognitivo di tutte le strutture rientranti tra gli autorizzati all'esercizio di cui al comma 3 dell'art. 9 e dei posti letto di RSA disabili ex R.R. 3/2005 di RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e di Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. rientranti nell'ambito di applicazione dei commi 3 e 4 del precedente art. 10, con l'indicazione:

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

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

b) La giunta regionale, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento, approva un atto ricognitivo di tutte le strutture rientranti tra gli autorizzati all'esercizio di cui al comma 3 dell'art. 9 e dei posti di Centro diurno disabili ex art. 60 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. rientranti nell'ambito di applicazione dei commi 6 e 7 del precedente art. 10, con l'indicazione:

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

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

12.2 NORME TRANSITORIE PER LE RSA EX R.R. 3/2005, PER LE COMUNITÀ SOCIORIABILITATIVA EX ART. 57 R.R. N. 4/2007 e s.m.i. E PER LE RSSA EX ART. 66 R.R. 4/2007 e smi CONTRATTUALIZZATE CON LE AA.SS.LL.

1. Le RSA ex R.R. n. 3/2005, le RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. di cui ai commi 3 e 4 dell'art. 10 devono riconvertire i posti letto nel rispetto del fabbisogno di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 10 e secondo le previsioni degli stessi commi 3 e 4, tenuto conto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal presente regolamento.

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

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

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

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

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

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

In deroga al precedente punto b), le RSA ex R.R. 3/2005, le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 e s.m.i. e le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

Le RSA ex R.R. 3/2005, le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 e s.m.i. e le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007, qualora all'atto della verifica sul possesso dei requisiti non dimostrino di possedere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, devono adeguarsi ai requisiti strutturali del presente regolamento, nel rispetto del termine previsto al precedente punto b).

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

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

8. Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accREDITAMENTO, le RSA ex R.R. 3/2005, le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 e 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 R.R. N. 4/2007 e s.m.i. E PER LE RSSA EX ART. 58 R.R. 4/2007 e smi AUTORIZZATE AL FUNZIONAMENTO E NON CONTRATTUALIZZATE CON LE AA.SS.LL.

1. Le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 e smi già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzate con la ASL, ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio come RSA disabili - nuclei di prestazioni di mantenimento per disabili gravi e nuclei di mantenimento per disabili non gravi, si adeguano ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini di seguito indicati a far data dall'entrata in vigore del presente regolamento:

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

In deroga al precedente punto b), le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 e smi possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa.

2. Le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 e smi già autorizzate al funzionamento alla data di entrata in vigore del presente regolamento e non contrattualizzate con la ASL, a seguito dell'approvazione dell'atto di Giunta regionale di cui all'art. 12.1, lett. a), e relativamente ai posti letto disponibili possono presentare istanza di accreditamento come RSA disabili - nuclei di mantenimento per disabili gravi e nuclei di mantenimento per disabili non gravi.

12.4 NORME TRANSITORIE PER LE COMUNITÀ SOCIORABILITATIVA EX ART. 57 R.R. N. 4/2007 e s.m.i. E PER LE RSSA EX ART. 58 R.R. 4/2007 e smi IN CORSO DI REALIZZAZIONE

1. Le Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e le RSSA ex art. 58 R.R. 4/2007 e smi realizzate dalle AASSLL, dai Comuni o dalle ASP o dai soggetti privati con il contributo dei fondi FESR, della Regione e/o dei Comuni e non ancora autorizzate al funzionamento come alla data di entrata in vigore del presente regolamento, ai fini dell'istanza per l'autorizzazione all'esercizio come RSA disabili - nuclei di mantenimento per disabili gravi e nuclei di mantenimento per disabili non gravi possono mantenere i requisiti strutturali previsti dalla previgente normativa, ma devono dimostrare il possesso dei requisiti tecnologici ed organizzativi minimi e specifici previsti dal presente regolamento relativamente ai nuclei di mantenimento per soggetti disabili.

12.5 NORME TRANSITORIE PER I CENTRI DIURNI EX ART. 60 R.R. 4/2007 e smi CONTRATTUALIZZATI CON LE AA.SS.LL.

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

2. A tal fine il processo di conversione, per le strutture di cui al comma 1 del presente articolo, con il coinvolgimento delle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale, avverrà sulla base dell'atto ricognitivo di cui al punto 12.1 e di apposite preintese da sottoscrivere con ogni singolo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Nel periodo intercorrente tra la data di approvazione del piano di conversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, i Centri diurni ex art. 60 R.R. 4/2007 e 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. I posti letto di RSSA ex art. 58 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale con la ASL che alla data di entrata in vigore del presente regolamento sono occupati da a) pazienti provenienti dagli Istituti Ortofrenici e dalle strutture manicomiali e b) soggetti psichiatrici stabilizzati con età superiore ai 64 anni inviati dal Dipartimento di Salute Mentale, di cui al comma 3, lettera ii. dell'art. 10 sono convertiti in posti letto di mantenimento per disabili di tipo A, tenuto conto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal presente regolamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Nel periodo intercorrente tra la data di entrata in vigore del presente Regolamento e la data di approvazione, da parte della Giunta Regionale, del piano di conversione di cui al presente articolo 12.8, le istanze di autorizzazione alla realizzazione per trasformazione, di autorizzazione all'esercizio e/o di accREDITamento relative ai posti letto di RSSA di cui al presente paragrafo sono inammissibili.

12.8 MONITORAGGIO

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

ART. 13 VERIFICHE E SANZIONI

Le verifiche sul rispetto delle disposizioni di legge, sul possesso e sulla permanenza dei requisiti generali e di quelli strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi specifici per le RSA disabili e i Centri diurni per disabili sono effettuate ai sensi della L.R. 2 maggio 2017, n. 9 e s.m.i.

Per quanto attiene il regime sanzionatorio si rinvia a quanto espressamente disciplinato in materia dalla L.R. 2 maggio 2017, n. 9 e s.m.i.

ART. 14
NORMA DI RINVIO

Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento, si rinvia alla normativa regionale vigente in materia, ed in particolare alla L. R. 9/2017 e s.m.i. e al Regolamento Regionale n. 3/2005 e s.m.i. per la sezione A "Requisiti generali", ed alla normativa nazionale vigente in materia.

Per le strutture ammesse alla deroga di cui al precedente art.12, nei limiti di quanto previsto nello stesso art.12, si rinvia ai requisiti strutturali per la RSA del Regolamento regionale n. 3/2005, ai requisiti strutturali per la Comunità socioriabilitativa ex art. 57 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. , ai requisiti strutturali per la RSSA art. 58 del R.R. n. 4/2007 e s.m.i. e al DM 308/2001.