

LEGGE REGIONALE N. 8 del 22 aprile 2003

**Realizzazione, organizzazione, funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali Pubbliche e Private - RR.SS.AA.**

**IL CONSIGLIO REGIONALE**

Ha approvato

**IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Promulga

La seguente legge:

**TITOLO I**

**Realizzazione, organizzazione e funzionamento della residenze sanitarie assistenziali pubbliche e private - RR.SS.AA.**

**Articolo 1**

**Nozione**

1. La presente legge, al fine dell'attuazione degli interventi previsti dalla legge 11 marzo 1988, n.67, articolo 20, e dalla legge regionale 3 novembre 1994, n.32, disciplina la realizzazione, l'organizzazione e il funzionamento delle residenze sanitarie assistenziali pubbliche e private, denominate successivamente RR.SS.AA., e delle strutture semi-residenziali nell'ambito dei principi e degli specifici atti di indirizzo e coordinamento di riordino sanitario dello Stato, in merito alle attività residenziali e semi-residenziali.

2. Le RR.SS.AA. e le strutture semi-residenziali per anziani non autosufficienti e per disabili di cui all'articolo 3 costituiscono strutture socio-sanitarie di tipo extraospedaliero la cui gestione è finanziata con il fondo sanitario e dai comuni, secondo quanto previsto dal DPCM 14 febbraio 2001, dal DPCM 29 novembre 2001 e dalle delibere della giunta regionale della Campania di recepimento del 2 agosto 2002, n. 3890, e del 30 dicembre 2002, n. 6467 e da ulteriori atti di programmazione e declinazione della disciplina indicata. Le RR.SS.AA. realizzano un livello medio di assistenza sanitaria medica, infermieristica e riabilitativa, integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

3. Le RR.SS.AA. ed i centri semi-residenziali per anziani concorrono, insieme all'assistenza domiciliare integrata, alla realizzazione sul territorio regionale di una rete di servizi socio-sanitari a favore delle persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti o ad alto rischio di non autosufficienza, per rispondere agli specifici bisogni degli utenti e delle loro famiglie e per contrastare il ricorso improprio alla ospedalizzazione.

**Articolo 2**

**Requisiti generali modalità di accesso**

1. Le RR.SS.AA. per anziani non autosufficienti e per disabili devono essere in possesso dei requisiti di carattere strutturale indicati in:

a) DPCM del 22 dicembre 1989 "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semi-residenziali";

b) DPR 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";

c) DM del 21 maggio 2001, n. 308, "Regolamento concernente i requisiti minimi strutturali ed organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma della legge 8 novembre 2000, n. 328, art. 11";

d) Delibera della giunta regionale della Campania del 7 agosto 2001, n.3958 "Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private della Regione Campania. Approvazione delle procedure di autorizzazione".

2. Le RR.SS.AA. sono gestite secondo i criteri previsti dalla presente legge.

3. Le strutture semi-residenziali territoriali per anziani sono costituite dal centro diurno anziani.

4. L'Azienda sanitaria locale ospita nel centro diurno per anziani soggetti che necessitano durante il giorno di interventi valutativi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi, riattivativi e di risocializzazione. All'interno del centro diurno per anziani può essere attivato un centro diurno Alzheimer per pazienti affetti da demenza. Tutte le attività avvengono sulla base di programmi di breve, medio e lungo periodo all'unità operativa -UO - di assistenza anziani distrettuale che gestisce la struttura.

5. Il centro diurno per anziani deve essere in possesso dei requisiti di carattere strutturale di cui al DPR del 14 gennaio 1997, del DM 21 maggio 1, n. 308, e della delibera di giunta regionale della Campania del 7 agosto 2001, n. 3958, in relazione ai bisogni dell'utenza, in conformità della legge regionale 3 novembre 1994, n. 32, e successive modifiche, in ottemperanza al decreto legislativo 18 giugno 1999, n. 229.

6. L'autorizzazione all'ingresso nella rete dei servizi e la conseguente presa in carico dell'assistito, su proposta del medico di medicina generale, previa valutazione multidimensionale -VMD- dell'unità valutativa dimensionale -UVD- del distretto, integrata con la componente sociale, spetta all'UO di assistenza anziani distrettuale, come disposto nei piani di zona, ai sensi della legge n.328/00 e nei piani attuativi territoriali -PAT-.

7. Le modalità di accesso sono regolamentate da linee guida definite congiuntamente dall'assessorato alla sanità e dall'assessorato alle politiche sociali della Regione Campania entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

### **Articolo 3**

#### **Interventi sociali e sanitari**

1. Se non è sostenibile la permanenza nel proprio domicilio di un anziano ultrasessantacinquenne, lo stesso è ospitato nella tipologia più consona ai bisogni prevalenti, secondo le indicazioni dell'UO di assistenza anziani competente sulla base della VMD su proposta del medico di medicina generale dell'assistito.

2. Tali strutture sono differenziate in base alla condizione di autosufficienza, nonché di autonomia in:

a) strutture sociali per anziani autosufficienti ai sensi delle leggi regionali 18 ottobre 1989, n. 21 e 4 novembre 1991, n.17;

b) strutture socio-sanitarie assistenziali, denominate RR.SS.AA, per gli anziani non autosufficienti, organizzate in nuclei autonomi di massimo 20 ospiti, differenziati in base alla prevalente connotazione del bisogno assistenziale.

3. Le RR. SS. AA. di cui al comma 2, lettera b) sostituiscono le case protette di cui alle leggi regionali nn. 21/89 e 17/91.

4. Le RR.SS.AA. non possono esistere all'interno di strutture ospedaliere pubbliche o private se non convertite completamente in RR.SS.AA a meno che il plesso non dispone di una struttura completamente autonoma.

### **Articolo 4**

#### **Riferimenti legislativi**

1. Le strutture sociali di cui al comma 2, lettera a) dell'articolo 3 sono regolamentate dalle leggi regionali n.21/89 e n.17/91 e dalla legge 328/2000.

2. Le RR.SS.AA. di cui al comma 2, lettera b) dell'articolo 3 sono oggetto della presente legge.

### **Articolo 5**

#### **Definizione**

1. La RSA è una struttura a valenza socio-sanitaria e di tipo extra ospedaliero per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti e non assistibili a domicilio attraverso l'assistenza domiciliare integrata o nei servizi semi residenziali -centri diurni.

2. Presupposto per la fruizione della RSA è la comprovata mancanza, abituale o momentanea, di un idoneo supporto familiare che consente di erogare a domicilio i trattamenti sanitari continui e l'assistenza necessaria ad anziani non autosufficienti, o la non idoneità della abitazione.

3. La RSA è il fulcro residenziale extra-ospedaliero dell'assistenza alla persona non autosufficiente.

4. La RSA attua i seguenti interventi:

a) assistenza medicina generale;

b) assistenza medico geriatrica a carattere di consulenza;

c) assistenza infermieristica;

d) assistenza riabilitativa;

- e) assistenza psicologica;
- f) consulenza e controllo dietologico;
- g) aiuto personale e di assistenza tutelare;
- h) riattivazione psico-sociale;
- i) attività di animazione, occupazionale, ludico-ricreativa e di integrazione e raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine.

5. La RSA realizza un livello medio di assistenza sanitaria -medica, infermieristica e riabilitativa-, integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiero, nonché da una piena ospitalità nell'arco delle ventiquattro ore con la possibilità di occasioni sociali, ricreative ed occupazionali.

6. Le caratteristiche delle residenze sono correlate alla tipologia degli ospiti, al loro grado di dipendenza, alla potenzialità ed ai tempi per il loro recupero psico-fisico.

## Articolo 6

### Tipologia ospiti

1. Gli utenti delle RR.SS.AA., come definite nell'articolo 5, sono anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti, portatori di deficit funzionali derivati dalla perdita di capacità fisiche, psichiche o psico-fisiche, a seguito di eventi morbosi che determinano sul piano dei bisogni assistenziali situazioni di disabilità e di dipendenza, correlate a concomitanti aspetti e problematiche socio-ambientali ed economici.

2. Le tipologie degli ospiti sono definite in base a due distinte condizioni:

a) carico e profilo assistenziale caratterizzato da:

- 1) livello di non autosufficienza;
- 2) presenza di demenza;

b) motivazione del ricovero che può dar luogo a tre modelli di permanenza:

- 1) episodica e legata al tempo di stabilizzazione/recupero in seguito ad evento intercorrente - ictus, frattura del femore ed altre condizioni morbose-;
- 2) breve per decompressione familiare - non superiore a trenta giorni;
- 3) lunga e legata a situazioni altrimenti non governabili.

## Articolo 7

### Tipologia strutturale e funzionale

1. Gli aspetti strutturali e funzionali delle RR.SS.AA. sono disciplinati:

a) a livello nazionale dal DPCM 22 dicembre 1989, dalle linee guida sulle residenze sanitarie assistenziali del ministero della sanità n.1 del 31 marzo 1994 come confermato dalla legge 23 dicembre 1994, n.724, articolo 3, dal DPR del 14 gennaio 1997, e dal DM del 21 maggio 2001, n.308;

b) a livello regionale dalla delibera di giunta regionale della Campania del 7 agosto 2001, n.3958, e successive modifiche.

2. Sono disciplinati, ai sensi della normativa di cui al comma 1, in particolare, i seguenti aspetti:

a) Standard edilizi - La RSA è organizzata secondo un determinato modello architettonico che prevede il superamento organizzativo ospedaliero e dei cronici od ospizi per realizzare una più qualificata promozione dell'autonomia e favorire possibilità diversificate di animazione con il necessario rispetto delle seguenti caratteristiche:

- 1) organizzazione per nuclei;
- 2) area residenziale;
- 3) aree di servizio, laboratori e spazi per attività sociali;
- 4) articolazione in area abitativa, servizi di nucleo, servizi di vita collettiva per l'intera struttura, servizi sanitari per l'intera struttura, e servizi generali per l'intera struttura.

b) Localizzazione - La RSA, in relazione alle particolari esigenze determinate dalle condizioni psicofisiche delle persone che vi trovano accoglienza è preferibilmente localizzata in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto o ben collegate mediante mezzi pubblici a centri urbani, al fine di evitare ogni forma di isolamento, difficoltà di incontro con le famiglie e di allontanamento dall'ambito sociale di appartenenza. Sono incentivate le iniziative di ristrutturazione o riconversione di edifici già esistenti localizzati nei centri storici o in spazi verdi per attività motorie e ricreative, per le quali possono essere previste, in sede di regolamento attuativo, parametri

strutturali migliorativi. E' possibile la coesistenza con le strutture dei centri diurni e le strutture per anziani autosufficienti.

c) Standard dimensionali - L'unità base è un modulo composto da venti posti per anziani non autosufficienti fino ad un massimo di sei moduli, con la riserva di un modulo per la degenza a termine. Possono essere previsti specifici dimensionamenti delle superfici utili nel rispetto della normativa indicata nel comma 1. La RSA per anziani non autosufficienti assume i seguenti connotati: in media 4 moduli da 20-25 soggetti, fino ad un massimo di 6 moduli o di 120 ospiti; un modulo, ogni tre, anche di 10-15 posti residenziali, è riservato alle demenze. La RSA può in ogni caso essere costituita anche da due sole unità modulari. Gli ambienti abitativi sono dimensionati per un numero di uno, due, o massimo di tre posti letto.

d) Standard qualitativi - Le principali caratteristiche qualitative da rispettare sono la fruibilità e la flessibilità degli spazi; la concezione architettonica degli spazi con centralità delle aree comuni per ricreazione e socializzazione, la sicurezza, la riservatezza - facile orientamento, la tecnologia innovativa e la personalizzazione degli spazi ad uso privato. Tali standard strutturali prevedono variazioni per i moduli della demenza.

e) Standard gestionali- Il personale è diviso in una prima fascia che si riferisce ai servizi generali inerenti le attività di segreteria, le attività di portineria - con la garanzia dell'accesso alla struttura per i visitatori in un'ampia fascia temporale giornaliera, le attività di pulizia delle parti della struttura, la preparazione dei pasti, l'attività di lavanderia e gli aspetti generali. La seconda fascia del personale è addetto all'assistenza diretta e svolge le funzioni di assistenza di medicina generale, di assistenza infermieristica, di assistenza riabilitativa -conservazione e recupero dell'autonomia- di assistenza alla persona, di assistenza ricreativa ed occupazionale e di assistenza psicologica e specialistica. L'assistenza di medicina generale e specialistica è raccordata con le competenti strutture del distretto sanitario di riferimento dell'ASL.

## **Articolo 8**

### **Fabbisogno e dislocazione territoriale delle RR.SS.AA.**

1. Il fabbisogno di posti residenziali di RR.SS.AA. per anziani, nelle more delle indicazioni del redigendo piano ospedaliero regionale e di una analisi puntuale delle necessità, è ricompreso tra un minimo pari a 1,5 per mille fino ad un massimo del 3 per mille della popolazione ultrasessantacinquenne residente in ciascuna ASL.

2. Il fabbisogno di centri diurni per anziani è pari ad almeno una struttura per ASL e non superiore ad una per ogni distretto sanitario di base. In ogni ASL deve esistere presso un centro diurno per anziani almeno un centro diurno Alzheimer, con un fabbisogno di posti semi-residenziali pari allo 0,5 per cento della popolazione ultrasessantacinquenne.

## **Articolo 9**

### **Accreditamento istituzionale**

1. Tutte le strutture previste nella presente legge sono sottoposte alla disciplina dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO istituzionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche della legge 328/00.

## **Articolo 10**

### **Istituzione dell'albo regionale**

1. E' istituito presso la giunta regionale - area generale di coordinamento assistenza sanitaria - settore fasce deboli - l'albo regionale delle RR.SS.AA. accreditate con l'indicazione della tipologia e l'albo regionale dei centri diurni per anziani e dei centri diurni Alzheimer.

2. Con successivo atto dell'assessorato alla sanità e dell'assessorato alle politiche sociali della Regione Campania entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge è definito un modello di albo regionale con modalità di registrazione delle caratteristiche delle strutture di cui al comma 1.

## **Articolo 11**

### **Accesso, piano di intervento personalizzato e dimissione dalle RR.SS.AA.**

1. L'autorizzazione all'ingresso nella rete dei servizi e la conseguente presa in carico dell'assistito spetta alla UOAA distrettuale, integrata con la componente sociale secondo quanto disposto nei piani di zona ai sensi della legge 328/2000 e nei piani aziendali territoriali -PAT-, e deve garantire la continuità assistenziale e la integrazione dei momenti sociali e sanitari in base alle risultanze della VMD.

2. L'accesso dell'anziano alle RR.SS.AA. è autorizzato dalla UOAA distrettuale, previa valutazione del grado di autosufficienza e di autonomia e l'accertamento dell'impossibilità di provvedere ad altre forme di assistenza che ne consentono la permanenza al proprio domicilio. Spetta all'UOAA distrettuale la predisposizione di un piano di intervento personalizzato e la verifica dei risultati.

3. I criteri per il riconoscimento del bisogno di residenzialità e le modalità di accoglienza nella specifica struttura -definibile come eleggibilità- il modello tipo di piano di intervento personalizzato e le procedure di dimissione, previsti dalla VMD, da effettuarsi a cura della UOAA distrettuale, sono individuati con successivo atto dell'assessorato alla sanità e dell'assessorato alle politiche sociali della Regione Campania entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

4. Le modifiche dei piani d'intervento terapeutico-riabilitativo sono concordate dall'UOAA distrettuale per il necessario raccordo tra RR.SS.AA. ed ospedale di riferimento.

5. La dimissione dalla struttura è a cura dell'UOAA distrettuale in relazione all'esito della programmata verifica, secondo i modi e i tempi previsti dal piano d'intervento personalizzato o per situazioni contingenti.

## **Articolo 12**

### **Vigilanza**

1. La vigilanza sulle RR.SS.AA. è esercitata dalla Regione Campania, dalle AA.SS.LL. e dai comuni nell'ambito delle rispettive competenze.

2. Con successivo atto dell'assessorato alla sanità e dell'assessorato alle politiche sociali della Regione Campania, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è definito un modello di regolamento di gestione, cui devono attenersi le RR.SS.AA. iscritte all'albo, anche al fine della valutazione quanti-qualitativa delle attività.

## **Articolo 13**

### **Oneri di spesa e tariffe**

1. L'assessore alla sanità e l'assessore alle politiche sociali aggiornano annualmente con apposita delibera, previa consultazione delle strutture pubbliche e private o dei loro rappresentanti sindacali di categoria, le diarie giornaliere, differenziate per gradi di autosufficienza - lievemente o mediamente non autosufficiente, gravemente o totalmente non autosufficiente - valide per le RR.SS.AA. ad indirizzo geriatrico differenziate per grado di autosufficienza e demenza, per i centri diurni per anziani ed Alzheimer.

2. Sono a carico del fondo sanitario regionale tutti gli oneri relativi alle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale ed alle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria erogate dalle RR.SS.AA. e dai centri diurni per anziani ed Alzheimer, in ottemperanza a quanto disciplinato dal DPCM del 14 febbraio 2001 concernente l'"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".

3. Gli oneri relativi alle prestazioni di ospitalità alberghiera e a quelle caratterizzate come prestazioni sociali a rilevanza sanitaria fornite dalle RR.SS.AA. e dai centri diurni per anziani ed Alzheimer sono di competenza dei comuni di residenza storica - ovvero quella all'atto del ricovero - che vi adempiono in base a quanto definito dai piani sociali di zona ed in applicazione delle modalità di recepimento dei LEA stabiliti con successivi provvedimenti. Le AA.SS.LL. di competenza sono tenute ai recuperi secondo le modalità suddette.

4. Agli utenti ospiti delle RR.SS.AA. e dei centri diurni per anziani ed Alzheimer è garantita per le esigenze di natura strettamente personale la conservazione di una quota di pensione o di reddito di importo pari alla pensione sociale.

5. Nei casi di grave compromissione delle condizioni psichiche degli ospiti, le AA.SS.LL. promuovono la nomina di un tutore esterno a garanzia della gestione dei loro beni durante il periodo di loro permanenza nelle RR.SS.AA., quando la permanenza è stabile o si prolunga nel tempo.

## **Articolo 14**

### **Programma di realizzazione delle RR.SS.AA. e di riconversione di strutture pubbliche e private di ricovero e cura.**

1. La giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare permanente, in correlazione con i provvedimenti di riorganizzazione della rete ospedaliera, adotta i programmi di realizzazione delle RR.SS.AA. e ne definisce le relative modalità; individua nell'ambito dei presidi ospedalieri le strutture da riconvertire in RR.SS.AA. con le modalità indicate nella legge 23 ottobre 1985, n. 595 e nella legge n. 67/88, articolo 20, e nei successivi provvedimenti regionali di attuazione.

2. Per le finalità di cui alla presente legge, la giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare permanente, può autorizzare, in conformità delle indicazioni della programmazione regionale e con priorità per le

strutture convenzionate, in tutto o in parte, la riconversione in RR.SS.AA. delle case di cura che ne fanno richiesta entro un anno dall'applicazione della presente legge, purché in possesso dei requisiti prescritti, fatto salvo quanto stabilito in sede di regolamento attuativo per le RR.SS.AA. ubicate in centri storici o in aree ad alta urbanizzazione.

3. Le modalità di applicazione per la realizzazione di nuove strutture, ampliamento o trasformazione di strutture già esistenti, ed i tempi e le modalità per l'adeguamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in esercizio, sono quelle di cui al DPR 14 gennaio 1997, articolo 3, e della delibera di giunta regionale della Campania del 7 agosto 2001, n.3958.

## **Articolo 15**

### **Norme transitorie**

1. La determinazione della condizione di autosufficienza, ovvero di parziale o totale non autosufficienza, è compito dell'UOAA distrettuale secondo la VMD individuata con successivo atto dell'assessorato alla sanità e dell'assessorato alle politiche sociali della Regione Campania entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 11, comma 2.

2. Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, le strutture di cui alle leggi regionali nn. 21/89 e 17/91 identificate nella tipologia di case protette, non accolgono ad alcun titolo quali nuovi ospiti anziani valutati non autosufficienti, parzialmente o totalmente, con le modalità di cui al comma 1.

3. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge le strutture di cui alle leggi regionali nn. 21/89 e 17/91, identificate nella tipologia di case protette non ospitano, ad alcun titolo, anziani valutati non autosufficienti, parzialmente o totalmente, con le modalità di cui al comma 1, ma solo anziani totalmente autosufficienti, indipendentemente dalla data di istituzionalizzazione.

4. Entro diciotto mesi dall'entrata in vigore della presente legge le strutture di cui alle leggi regionali nn.21/89 e 17/91, identificate quali case protette, provvedono alla reinscrizione nell'albo regionale delle strutture residenziali per gli anziani pubbliche e private operanti nel territorio regionale, con le modalità di cui alle leggi regionali nn. 21/89 e 17/91, nelle altre tipologie di istituzionalizzazione riferite esclusivamente ai soggetti anziani totalmente autosufficienti - case albergo, case di riposo, comunità alloggio.

5. Entro diciotto mesi dall'entrata in vigore della presente legge non è consentita l'iscrizione nell'albo di cui alle leggi regionali nn.21/89 e 17/91 di strutture per anziani identificabili con la tipologia di case protette, in quanto le uniche deputate all'ospitalità di anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti sono le RR.SS.AA., identificate con la presente legge.

6. Entro ventiquattro mesi dall'entrata in vigore della presente legge sono cancellate dalle due sezioni dell'albo tutte le strutture iscritte quali case protette, con inibizione assoluta alle attività istituzionali, revoca dell'autorizzazione e conseguente chiusura.

## **Articolo 16**

### **Organizzazione e funzionamento di RR.SS.AA. e strutture semi-residenziali.**

1. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con proprio atto, l'assessorato alla sanità e l'assessorato alle politiche sociali della Regione Campania fissano le linee di indirizzo per la organizzazione ed il funzionamento delle RR.SS.AA. e delle strutture semi-residenziali, nonché i criteri e le modalità di accesso ad esse, in conformità della legge regionale n.32/94.

## TITOLO II

### Residenze sanitarie assistenziali -RR.SS.AA.- per disabili

#### Articolo 17

##### Presidi residenziali- normativa di riferimento

1. I presidi residenziali per i disabili sono quelli previsti dal DPR 14 gennaio 97 e dalle linee guida sulla riabilitazione del ministero alla sanità del 7 maggio 98, recepite dalla regione Campania con delibera di giunta regionale del 25 settembre 1998 n.6267.

#### Articolo 18

##### Presidi semiresidenziali - classificazione

1. I presidi residenziali rivolti ai disabili che erogano prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di cui al DPCM 14 febbraio 2001, articolo 3, comma 2, sono:

a) comunità alloggio assistite - strutture di dimensioni limitate a massimo 6 ospiti come comunità alloggio o case famiglia, con organizzazione di tipo familiare dove possono essere previste forme di autogestione per l'accoglienza di disabili giovani e adulti in condizioni di limitata autonomia;

b) comunità alloggio protette - strutture ad alta intensità assistenziale per piccoli nuclei autonomi di persone disabili - massimo 6+2 - per ospitalità stabile, temporanea o programmata di disabili giovani e adulti in condizioni di scarsa autonomia, al fine di garantire l'assistenza negli atti quotidiani, permettere il mantenimento e il potenziamento delle capacità residue e stimolare la partecipazione alla vita sociale, lavorativa e relazionale;

c) centri residenziali di dimensioni limitate a 18-20 ospiti in totale per disabili adulti, suddivisi in nuclei distinti di 6-8 ospiti, per ospitalità temporanea o programmata - di massimo tre mesi - con adeguati interventi socio-sanitari, per sollevare temporaneamente la famiglia dall'onere dell'assistenza e, dopo la dimissione dall'unità operativa di riabilitazione intensiva o estensiva, in caso di necessità di ricovero - per impossibilità di rientro domestico - nelle strutture di cui alle lettere a) e b) e di tempi di attesa per il ricovero stesso.

2. I presidi residenziali rivolti ai disabili ad elevata rilevanza sanitaria sono:

a) le strutture esistenti previste dalle linee guida sulla riabilitazione di cui all'articolo 17 operanti nel rispetto della normativa vigente;

b) le RR.SS.AA. semiresidenziali rivolte ai disabili, analogamente a quanto previsto all'articolo 2 - centro diurno disabili -.

3. I presidi residenziali di cui all'art.17 sono organizzati in nuclei autonomi sulla base di carichi assistenziali - grado di autonomia, della prevalente connotazione della disabilità, neuromotoria, psicomotoria, neuro e psicosensoriale e secondo quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997 e dal DM n.308/01 e garantiscono standard ambientali che rispettano i criteri di accessibilità e visitabilità di cui al DM 14 giugno 1989, n.236 e i criteri di standard di personale per la presenza di figure professionali a carattere sociale e sociosanitario e per il sostegno di servizi di aiuto personale adeguati alla tipologia e al numero di utenti.

4. I soggetti con le connotazioni della disabilità, di cui al comma 3 sono accolti in strutture distinte o in moduli separati tra loro all'interno della stessa struttura.

5. Alla fruizione degli interventi previsti dalla presente legge si accede attraverso la formulazione del progetto individuale previsto dalla legge 328/2000, art. 14, comma 2.

6. Alla fruizione degli interventi previsti dal comma 2 si accede attraverso la formulazione del progetto individuale previsto dalle linee guida di cui all'articolo 17.

#### Articolo 19

##### RR.SS.AA. per disabili

1. Le RR.SS.AA. per disabili sono strutture extraospedaliere socio - sanitarie appartenenti alle reti integrate dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, territoriali, destinate a garantire la continuità dell'assistenza nel regime residenziale tra ospedale, territorio e domicilio, attraverso servizi alla persona di tipo sanitario, riabilitativo e sociale. Esse realizzano un livello medio di assistenza sanitaria integrato da un alto livello di assistenza tutelare ed alberghiera.

## Articolo 20

### RR.SS.AA. - caratteristiche

1. Le RR.SS.AA. realizzano una connotazione residenziale di tipo abitativo, con tipologie organizzative che prevedono una strutturazione dei servizi in individuali, di nucleo e collettivi, tale da garantire, a ciascuno degli ospiti, la fruizione di tutte le risorse esistenti nella struttura.

## Articolo 21

### RR.SS.AA. - organizzazione

1. Le RR.SS.AA. sono organizzate secondo le indicazioni di cui al DPCM 22 dicembre 1989 e al DPR 14 gennaio 1997 e della normativa regionale in materia e sono destinate a disabili fisici, psichici e neurosensoriali, non autosufficienti, non assistibili a domicilio e richiedenti elevato e continuo nursing assistenziale, medio nursing infermieristico e un monitoraggio dello stato di salute, ivi compresi gli interventi di prevenzione della progressione della disabilità, indicati nelle linee guida sulla riabilitazione di cui all'art. 17.

## Articolo 22

### RR.SS.AA. - ricoveri temporanei

1. Nelle RR.SS.AA. deve essere previsto il dieci per cento dei posti per ricoveri temporanei di norma non superiori nella durata ad un mese.

2. I ricoveri temporanei sono riservati a:

a) soggetti non autosufficienti, normalmente assistiti in ambito familiare, per motivate esigenze dei componenti delle famiglie stesse;

b) soggetti in situazioni di emergente bisogno sociosanitario in attesa della redazione di idoneo progetto individuale di cui all'articolo 18, comma 5;

c) soggetti in situazioni di dimissioni ospedaliere protette, in carenza di adeguato supporto familiare e domiciliare;

d) soggetti dimessi dalle UU.OO. ospedaliere, non immediatamente assistibili a domicilio e che necessitano di assistenza e riabilitazione e per i quali a causa delle condizioni di salute non è possibile elaborare un progetto riabilitativo.

3. I ricoveri temporanei sono autorizzati dalle competenti unità di valutazione distrettuali sulla base di apposita regolamentazione.

4. L'onere dei ricoveri temporanei di cui al comma 2, lettere c) e d), sono a totale carico del fondo sanitario regionale per un periodo non superiore ad un mese.

## Articolo 23

### Prestazioni

1. Nelle RR.SS.AA. per disabili sono erogate in forma continuativa:

a) assistenza medica correlata alla tipologia e allo stato di gravità degli utenti ospitati dal presidio;

b) assistenza infermieristica, dietologica, psicologica e tutelare, per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute e del grado di autonomia della persona;

c) assistenza riabilitativa volta al mantenimento delle abilità presenti ed alla prevenzione terziaria;

d) attività di riabilitazione, anche differenziata, per il mantenimento e consolidamento delle abilità acquisite e per contrastare riacutizzazioni e regressioni;

e) assistenza alla persona per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana;

f) attività di socializzazione e pedagogiche per il mantenimento e il miglioramento delle capacità cognitive e relazionali, mantenendo un rapporto costante con l'ambito territoriale nel quale la struttura è ubicata, attraverso il coinvolgimento dei nuclei familiari e parentali, degli Enti Locali e delle agenzie implicate nell'assistenza ai disabili. A parità di condizioni, sono privilegiati gli interventi coordinati nell'ambito dell'offerta del progetto strutturale del presidio nel quale sono ospitati gli utenti disabili.

2. Nelle RR. SS.AA. per disabili sono garantiti:

a) l'assistenza infermieristica;

b) l'aiuto alla persona e assistenza tutelare;

c) l'assistenza medica di base, attraverso il medico di medicina generale di libera scelta;

- d) l'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica, erogata direttamente dalla ASL attraverso i propri servizi;
  - e) il collegamento con la rete dell'emergenza territoriale e ospedaliera e attraverso il collegamento con i servizi sanitari territoriali accreditati;
  - f) le prestazioni specialistiche ambulatoriali attraverso il collegamento con i servizi sanitari territoriali accreditati;
  - g) le prestazioni riabilitative necessarie e previste dal piano individuale attraverso il collegamento con i servizi sanitari territoriali accreditati;
  - h) gli interventi sociali attraverso i servizi sociali del comune di residenza del cittadino o del domicilio di soccorso;
  - i) i servizi di trasporto necessari per gli spostamenti degli utenti disabili da e per il presidio nelle ore diurne nonché per l'integrazione degli stessi utenti rispetto alle attività territoriali.
3. Il coordinamento delle attività di cui al comma 2 è affidato al direttore sanitario del distretto.

## Articolo 24

### R.S.A - accreditamento

1. La RSA può essere gestita da soggetti pubblici e privati.
2. Nella fase di prima attuazione e nelle more di una generale riconsiderazione delle strutture di accoglienza per disabili non autosufficienti il numero complessivo dei posti letto di RR.SS.AA. è pari allo 0,35 per mille abitanti.
3. La giunta regionale opera la trasformazione in RR.SS.AA., con conseguente accreditamento a tale titolo degli istituti di riabilitazione provvisoriamente accreditati ai sensi della legge 23 dicembre 1978, n. 833, articolo 26, che ne fanno domanda e che presentano una prevalente connotazione assistenziale di prevenzione della progressione della disabilità, previa verifica del possesso dei requisiti.
4. Le domande di trasformazione in R.S.A. per disabili provenienti dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate provvisoriamente con la Regione Campania hanno priorità assoluta rispetto a nuove richieste di accreditamento.
5. Analogamente la giunta regionale, a domanda, opera per le strutture provvisoriamente accreditate ai sensi della legge 833/78, che presentano una prevalente connotazione di riabilitazione psico - sociale, la loro trasformazione in comunità alloggio protette o in centri residenziali con accreditamento a tale titolo.
6. Le RR.SS.AA. sono soggette ad autorizzazione sanitaria e, nei rapporti con il servizio sanitario regionale -SSR-, alla disciplina dell'accREDITAMENTO istituzionale secondo la normativa vigente.
7. La giunta regionale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, definisce i requisiti per l'accesso all'albo regionale ed i requisiti per l'accREDITAMENTO istituzionale e in particolare:
  - a) un modello di regolamento di gestione cui devono attenersi le RR.SS.AA.;
  - b) la definizione degli standard organizzativi e di personale distinto per qualifica;
  - c) la individuazione di tariffe di riferimento;
  - d) la definizione delle modalità di liquidazione delle tariffe, sentite le organizzazioni sindacali -OO.SS.- e le organizzazioni di categoria del pubblico e del privato.

## Articolo 25

### Regolamento

1. Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, per favorire l'introduzione a livello regionale di criteri e modalità omogenee per la compartecipazione alla spesa da parte dei soggetti che sono accolti nelle case di soggiorno o nelle RR.SS.AA., la giunta regionale approva, sentite la seconda e quinta commissione consiliare permanente, un regolamento- tipo al quale gli enti si attengono, per quanto di rispettiva competenza, nella disciplina della suddetta compartecipazione.
2. Le commissioni consiliari competenti esprimono il parere entro 15 giorni dal ricevimento della proposta di regolamento tipo.
3. La vigilanza sulle RR.SS.AA. è esercitata dalla regione e dalle AA.SS.LL., nell'ambito delle rispettive competenze.

## **Articolo 26**

### **Ripartizione degli oneri**

1. La spesa per la permanenza nelle RR.SS.AA. è ripartita tra la ASL, il Comune e, quando previsto, il contributo economico del cittadino ed è calcolata per fasce di gravità in base al costo delle prestazioni ritenute necessarie dal progetto individuale di cui all'articolo 18, comma 5.

2. Alla copertura degli oneri di natura socio-assistenziale sostenuti dai soggetti che gestiscono i servizi provvede il Comune che vi adempie, secondo quanto definito dai piani sociali di zona ed in applicazione delle modalità di recepimento dei LEA stabiliti con successivi provvedimenti:

- a) con le assegnazioni a carico del fondo socio-assistenziale;
- b) con le quote di contribuzione dei comuni competenti per residenza del cittadino;
- c) attraverso la compartecipazione alle spese da parte degli utenti;
- d) attraverso i proventi derivanti da donazioni, lasciti e oblazioni;
- e) attraverso le altre entrate destinate alle finalità di cui alla presente legge e attraverso la riconversione delle indennità di accompagnamento o di continua assistenza godute dal cittadino;

3. Le modalità di ripartizione della spesa e della determinazione delle tariffe per le attività delle strutture di cui all'articolo 18, comma 2, seguono la disciplina di cui all'articolo 13.

## **Articolo 27**

### **Albo regionale RR.SS.AA**

1. Al fine di portare a conoscenza dei cittadini l'offerta dei servizi esistenti è istituito l'albo regionale delle RR.SS.AA., distinto in sottosezioni, quale sezione dell'albo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie regionali accreditate.

### TITOLO III

## Strutture residenziali per cittadini affetti da demenza

### Articolo 28

#### Alloggi protetti - istituzione

1. Nell'ambito delle strutture di cui all'articolo 18 sono istituiti gli alloggi protetti, quali strutture per piccoli nuclei di 8 - 20 ospiti, destinati all'accoglienza, temporanea o stabile, dei cittadini affetti da demenza non assistibili a domicilio nella fase avanzata della malattia, che hanno già completato il percorso terapeutico-riabilitativo e che non trovano soluzione assistenziale appropriata mediante gli altri interventi di cui alla normativa vigente.

### Articolo 29

#### Attività

1. Gli alloggi protetti per i cittadini affetti da demenza appartengono alla rete dei servizi territoriali ad elevata integrazione sanitaria nell'ambito delle reti integrate dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale, destinate a garantire la continuità dell'assistenza, nel regime residenziale e domiciliare, attraverso servizi alla persona di tipo sanitario e sociale. Essi realizzano un elevato e continuo nursing assistenziale, medio nursing infermieristico e il monitoraggio dello stato di salute.

### Articolo 30

#### Requisiti

1. Gli alloggi protetti per i cittadini affetti da demenza possiedono i requisiti strutturali e organizzativi previsti per le RR.SS.AA. dal DPR 14 gennaio 1997 e dal DM n.308/2001.

### Articolo 31

#### Accesso

1. Alla fruizione delle prestazioni erogate nelle strutture di cui all'art. 28 è consentito l'accesso previo accertamento, ad opera della unità di VMD di cui alla legge 5 febbraio 1992, n.104, della condizione di non autosufficienza e dello stato di grave disabilità, nonché delle condizioni di cui all'articolo 28 e secondo le indicazioni previste dal piano terapeutico individualizzato.

2. Alla fruizione degli interventi previsti dal titolo III si accede attraverso la formulazione del progetto individuale previsto dalla legge 328/2000, articolo 14, comma 2.

### Articolo 32

#### Prestazioni

1. Negli alloggi protetti di cui al titolo III sono erogate in forma continuativa:

- a) l'assistenza infermieristica, dietologica e tutelare, per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute e del grado di autonomia della persona;
- b) l'assistenza alla persona per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana;
- c) l'attività di socializzazione per il mantenimento delle capacità cognitive e relazionali, mantenendo un rapporto costante con l'ambito territoriale nel quale la struttura è ubicata, attraverso il coinvolgimento dei nuclei familiari e parentali.
- d) gli interventi internistici specialistici e riabilitativi, su richiesta del direttore sanitario al distretto competente.

2. Sono garantite inoltre:

- a) l'assistenza medica di base, attraverso il medico di medicina generale di libera scelta;
- b) l'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica, erogata direttamente dalla ASL attraverso i propri servizi.
- c) il collegamento con la rete dell'emergenza territoriale e ospedaliera attraverso il collegamento con i servizi sanitari territoriali accreditati, pubblici e privati;
- d) le prestazioni specialistiche ambulatoriali attraverso il collegamento con i servizi sanitari territoriali accreditati pubblici e privati;
- e) gli interventi sociali attraverso i servizi sociali del comune di residenza del cittadino o del domicilio di soccorso e le prestazioni sociali.

### **Articolo 33**

#### **Gestione**

1. Gli alloggi protetti possono essere gestiti da soggetti pubblici e privati.
2. Nella fase di prima attuazione e nelle more di una generale riconsiderazione delle strutture di cui al comma 1, il numero complessivo dei posti letto autorizzabile è pari allo 0,10 per mille abitanti per ogni provincia.

### **Articolo 34**

#### **Oneri**

1. La spesa per la permanenza nelle strutture di cui al titolo III è ripartita tra la ASL, il comune e, quando previsto, il contributo economico del cittadino, ed è calcolata in base al costo delle prestazioni ritenute necessarie dal progetto individuale di cui all'articolo 18, comma 5.
2. Alla copertura degli oneri di natura socio-assistenziale sostenuti dai soggetti che gestiscono i servizi provvede il comune che vi adempie secondo quanto definito dai piani sociali di zona ed in applicazione delle modalità di recepimento dei LEA stabiliti con successivi provvedimenti:
  - a) con le assegnazioni a carico del fondo socio-assistenziale;
  - b) con le quote di contribuzione dei comuni competenti per residenza del cittadino;
  - c) con la compartecipazione alle spese da parte degli utenti;
  - d) con i proventi derivanti da donazioni, lasciti e oblazioni;
  - e) con le altre entrate destinate alle finalità di cui alla presente legge;
  - f) con la riconversione delle indennità di accompagnamento o di continua assistenza godute dal cittadino.
3. Le modalità di ripartizione della spesa e della determinazione delle tariffe per le attività delle strutture di cui all'art.18, comma 2, seguono la disciplina di cui all'art.13.

### **Articolo 35**

#### **Vigilanza**

1. La vigilanza sulle strutture di cui al titolo III è esercitata dalla regione, dalle aziende sanitarie locali e dai comuni, nell'ambito delle rispettive competenze.

### **Articolo 36**

#### **Inserimento nell'albo regionale**

1. Al fine di portare a conoscenza dei cittadini l'offerta dei servizi esistenti le strutture di cui al titolo III sono inserite nell'albo regionale di cui all'art. 27.

### **Articolo 37**

#### **Norma finanziaria**

1. L'onere della presente legge grava sulle risorse finanziarie assegnate nel bilancio di previsione della spesa per la componente sanitaria mentre per la componente sociale è a carico dei comuni e dell'utenza secondo le modalità di recepimento dei LEA stabilite con successivi provvedimenti.

### **Articolo 38**

#### **Dichiarazione d'urgenza**

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi e per gli effetti degli articoli 43 e 45 dello Statuto, ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

La presente Legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

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

22 aprile 2003

Bassolino

## NOTE

### Avvertenza:

Il testo della legge viene pubblicato con le note redatte dal Servizio 02 del Settore legislativo, al solo scopo di facilitarne la lettura (D.P.G.R.C. n.10328 del 21 giugno 1996)

### Nota all'art. 1

La legge 11 marzo 1988, n. 67, che disciplina: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988) (1) (2) (3)." all'art.20 così recita: "1. È autorizzata l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di lire 30.000 miliardi (1). Al finanziamento degli interventi si provvede mediante operazioni di mutuo che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono autorizzate ad effettuare, nel limite del 95 per cento della spesa ammissibile risultante dal progetto, con la BEI, con la Cassa depositi e prestiti e con gli istituti e aziende di credito all'uopo abilitati, secondo modalità e procedure da stabilirsi con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, di concerto con il Ministro della sanità.

2. Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale ed un nucleo di valutazione costituito da tecnici di economia sanitaria, edilizia e tecnologia ospedaliera e di funzioni medico-sanitarie, da istituire con proprio decreto, definisce con altro proprio decreto, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri generali per la programmazione degli interventi che debbono essere finalizzati ai seguenti obiettivi di massima:

a) riequilibrio territoriale delle strutture, al fine di garantire una idonea capacità di posti letto anche in quelle regioni del Mezzogiorno dove le strutture non sono in grado di soddisfare le domande di ricovero;

b) sostituzione del 20 per cento dei posti letto a più elevato degrado strutturale;

c) ristrutturazione del 30 per cento dei posti letto che presentano carenze strutturali e funzionali suscettibili di integrale recupero con adeguate misure di riadattamento;

d) conservazione in efficienza del restante 50 per cento dei posti letto, la cui funzionalità è ritenuta sufficiente;

e) completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extraospedalieri ed ospedalieri diurni con contemporaneo intervento su quelli ubicati in sede ospedaliera secondo le specificazioni di cui alle lettere a), b), c);

f) realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali, per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e) e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensioni adeguate all'ambiente secondo standards che saranno emanati a norma dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di standards dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti-letto ospedalieri;

g) adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti delle strutture sanitarie;

h) potenziamento delle strutture preposte alla prevenzione con particolare riferimento ai laboratori di igiene e profilassi e ai presidi multizonali di prevenzione, agli istituti zooprofilattici sperimentali ed alle strutture di sanità pubblica veterinaria;

i) conservazione all'uso pubblico dei beni dismessi, il cui utilizzo è stabilito da ciascuna regione o provincia autonoma con propria determinazione (2).

3. Il secondo decreto di cui al comma 2 definisce modalità di coordinamento in relazione agli interventi nel medesimo settore dell'edilizia sanitaria effettuati [dall'Agenzia per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno] (3), dal Ministero dei lavori pubblici, dalle università nell'ambito dell'edilizia universitaria ospedaliera e da altre pubbliche amministrazioni, anche a valere sulle risorse del Fondo investimenti e occupazione (FIO).

4. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano predispongono, entro quattro mesi dalla pubblicazione del decreto di cui al comma 3, il programma degli interventi di cui chiedono il finanziamento con la specificazione dei progetti da realizzare. Sulla base dei programmi regionali o provinciali, il Ministro della sanità predispone il programma nazionale che viene sottoposto all'approvazione del CIPE.

5. Entro sessanta giorni dal termine di cui al comma 2, il CIPE determina le quote di mutuo che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono contrarre nei diversi esercizi. Entro sessanta giorni dalla scadenza dei termini di cui al comma 4 il CIPE approva il programma nazionale di cui al comma medesimo. Per il triennio 1988-1990 il limite massimo complessivo dei mutui resta determinato in lire 10.000 miliardi, in ragione di lire 3.000 miliardi per l'anno 1988 e lire 3.500 miliardi per ciascuno degli anni 1989 e 1990. Le stesse regioni e province autonome di Trento e di Bolzano presentano in successione temporale i progetti suscettibili di immediata realizzazione. I progetti sono sottoposti al vaglio di conformità del Ministero della sanità, per quanto concerne gli aspetti tecnico-sanitari e in coerenza con il programma nazionale, e all'approvazione del CIPE che decide, sentito il [Nucleo di valutazione per gli investimenti pubblici] (4) (5).

5-bis. Dalla data del 30 novembre 1993, i progetti attuativi del programma di cui al comma 5, con la sola esclusione di quelli già approvati dal CIPE e di quelli già esaminati con esito positivo dal [Nucleo di valutazione per gli investimenti pubblici] (5) alla data del 30 giugno 1993, per i quali il CIPE autorizza il finanziamento, e di quelli presentati dagli enti di cui all'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, sono approvati dai competenti organi regionali, i quali accertano che la progettazione esecutiva, ivi compresa quella delle Università degli studi con policlinici a gestione diretta nonché degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di loro competenza territoriale, sia completa di tutti gli elaborati tecnici idonei a definire nella sua completezza tutti gli elementi ed i particolari costruttivi necessari per l'esecuzione dell'opera; essi accertano altresì la conformità dei progetti esecutivi agli studi di fattibilità approvati dal Ministero della sanità. Inoltre, al fine di evitare sovrapposizioni di interventi, i competenti organi regionali verificano la coerenza con l'attuale programmazione sanitaria. Le regioni, le province autonome e gli enti di cui all'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, presentano al CIPE, in successione temporale, istanza per il finanziamento dei progetti, corredata dai provvedimenti della loro avvenuta approvazione, da un programma temporale di realizzazione, dalla dichiarazione che essi sono redatti nel rispetto delle normative nazionali e regionali sugli standards ammissibili e sulla capacità di offerta necessaria e che sono dotati di copertura per l'intero progetto o per parti funzionali dello stesso (6).

6. L'onere di ammortamento dei mutui è assunto a carico del bilancio dello Stato ed è iscritto nello stato di previsione del Ministero del tesoro, in ragione di lire 330 miliardi per l'anno 1989 e di lire 715 miliardi per l'anno 1990.

7. Il limite di età per l'accesso ai concorsi banditi dal Servizio sanitario nazionale è elevato, per il personale laureato che partecipi a concorsi del ruolo sanitario, a 38 anni, per un periodo di tre anni a decorrere dal 1° gennaio 1988.

(1) Importo elevato a lire 34.000 miliardi dall'art. 83, comma 3, l. 23 dicembre 2000, n. 388.

(2) Il nucleo di valutazione previsto dal comma 2 è stato soppresso dall'art. 4, d.l. 2 ottobre 1993, n. 396, conv. in l. 4 dicembre 1993, n. 492.

(3) Le disposizioni di cui al presente articolo devono ritenersi implicitamente abrogate a seguito dell'entrata in vigore del d.lg. 3 aprile 1993, n. 96, in base al quale a far data del 15 aprile 1993 cessa l'intervento straordinario nel Mezzogiorno, così come disciplinato dal testo unico delle leggi sul Mezzogiorno, approvato con d.p.r. 6 marzo 1978, n. 218, e dalla legge 1° marzo 1986, n. 64; inoltre con il medesimo decreto si è provveduto alla soppressione del Ministero per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e dell'Agenzia per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno.

(4) Comma così modificato dall'art. 4, d.l. 2 ottobre 1993, n. 396, conv. in l. 4 dicembre 1993, n. 492.

(5) Ora Nucleo tecnico di valutazione e verifica degli investimenti pubblici ex art. 3, d.lg. 5 dicembre 1997, n. 430, istituito mediante accorpamento in un'unica struttura del Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici e del Nucleo ispettivo per la verifica degli investimenti pubblici, già operanti presso il Ministero del bilancio e della programmazione economica, che sono stati soppressi a decorrere dalla data di entrata in vigore del d.p.r. 20 febbraio 1998, n. 38. Il Nucleo è articolato in due unità operative, rispettivamente per la valutazione e per la verifica degli investimenti pubblici. Ai componenti del Nucleo è attribuito il trattamento economico stabilito con decreto del Ministro, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica. Il Ministro trasmette annualmente al Parlamento una relazione riguardante l'attività della pubblica amministrazione in materia di investimenti pubblici per lo sviluppo economico territoriale e settoriale, sulla base dell'attività svolta dal Nucleo.

(6) Comma aggiunto dall'art. 4, d.l. 2 ottobre 1993, n. 396, conv. in l. 4 dicembre 1993, n. 492."

La L.R. n.32/1994 è la seguente: "D. lgs. 30/12/1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Riordino del Servizio sanitario regionale."

**Nota all'art. 2**

Il decreto legislativo n.229 del 18 giugno 1999 è il seguente: "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.

La legge n.328/2000 è la seguente: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2000, n. 163, recante: "Disposizioni urgenti in materia di proroga della partecipazione militare italiana a missioni internazionali di pace".

**Nota all'art. 3**

La legge regionale n.21/1989 è la seguente: "Interventi a favore degli anziani"

La legge regionale n.17/1991 è la seguente: "Modifiche dell'art. 13 della L.R. 18/10/1989, n.21 recante interventi a favore degli anziani."

**Nota all'art. 7**

"Legge 23 dicembre 1994, n. 724 (in Suppl. ordinario alla Gazz. Uff., 30 dicembre, n. 304). - Misure di razionalizzazione della finanza pubblica (1) (2) (3) (4)."

Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, (in Suppl. ordinario alla Gazz. Uff., 20 febbraio, n. 42). - Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (1)."

Il D.M. del 21 maggio 2001 n.308 è il seguente: "Regolamento concernente "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328".

**Nota all'art. 9**

Il D.lgs. n.502/1992 è il seguente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 (1) (2)."

**Nota all'art. 14**

La legge n.595/1985 è la seguente: "Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88."

L'art. 20 della L. n.67/88 è stato già citato.

L'art.3 del D.P.R. 14 gennaio 1997 è il seguente: "Modalità di applicazione.

1. Le regioni entro un anno dalla pubblicazione del presente decreto, nell'ambito della propria autonomia, danno attuazione alle presenti disposizioni.

2. I requisiti minimi di cui al presente decreto trovano immediata applicazione nel caso di realizzazione di nuove strutture e di ampliamento o trasformazione di strutture già esistenti. Per ampliamento si intende un aumento del numero dei posti letto o l'attivazione di funzioni sanitarie aggiuntive rispetto a quelle precedentemente svolte; per trasformazione si intende la modifica delle funzioni sanitarie già autorizzate o il cambio d'uso, con o senza lavori, degli edifici o di parti di essi destinati a ospitare nuove funzioni sanitarie.

3. Con lo stesso provvedimento le regioni dettano disposizioni circa i tempi e le modalità per l'adeguamento delle strutture sanitarie pubbliche e private già autorizzate e in esercizio ai requisiti minimi stabiliti dal presente decreto, da prevedersi nell'arco massimo di cinque anni.

4. Le regioni disciplinano l'accesso all'accreditamento delle strutture pubbliche e private in possesso dei requisiti ulteriori di cui ai commi 4 e 5 dell'art. 2, ancorché in precedenza non convenzionate."

**Nota all'art. 16**

La legge regionale n.32/1994 è stata già citata.

**Nota all'art. 18**

Il DM 14 giugno 1989 n.236 è il seguente: "Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche."

La Legge n.328/2000 al comma 2. dell'art.14 così recita: "2. Nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare."

**Nota all'art. 24**

La legge n.833/1987 è la seguente: "Istituzione del servizio sanitario nazionale (1) (2) (3) (4) (5)."