

QUADERNI

DELLA CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI

NORME E
INDIRIZZI DI
RIFERIMENTO

1

Dipartimento della Programmazione



Ministero della Sanità

Nel quadro delle iniziative intraprese per l'adozione della Carta dei servizi pubblici sanitari si è registrata una forte e diffusa richiesta di documentazione di carattere normativo.

L'informazione sulle disposizioni che regolano la materia rappresenta l'esigenza che questa pubblicazione intende soddisfare fornendo la raccolta coordinata e annotata delle fonti rilevanti in tema di sistema della Carta dei servizi.

Nicola Falcitelli

INDICE

Articolo 14 - Diritti dei cittadini

*DECRETO LEGISLATIVO, N. 502/92 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI
ED INTEGRAZIONI.*

30 Dicembre 1992(in Gazzetta Ufficiale 7 gennaio 1994 n.4)

pag. 3

Articolo 12 - Ufficio relazioni con il pubblico

*DECRETO LEGISLATIVO, N.29/93 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI
ED INTEGRAZIONI.*

3 Febbraio 1993(in Gazzetta Ufficiale 24 febbraio 1994 n.45)

pag. 7

Principi sull'erogazione dei servizi pubblici

DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

27 Gennaio 1994(in Gazzetta Ufficiale 22 febbraio 1994, n.43)

pag. 13

Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico.

DIRETTIVA PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

11 ottobre 1994 (in Gazzetta Ufficiale 8 novembre 1994, n.261)

pag. 23

Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni

*TESTO DEL DECRETO-LEGGE 12 MAGGIO 1995, N. 163 COORDINATO CON LA LEGGE
DI CONVERSIONE 11 LUGLIO 1995, N. 273*

pag. 31

Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari".

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

19 Maggio 1995 (in Gazzetta Ufficiale 31 maggio 1995, n. 125)

pag. 49

Attuazione della Carta dei servizi nel servizio sanitario nazionale

LINEE-GUIDA N. 2/95 (supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 203 del 31 agosto 1995)

pag.137

NOTE

pag.187

TESTO AGGIORNATO DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502, RECANTE “RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, A NORMA DELL’ARTICOLO 1 DELLA LEGGE 23 OTTOBRE 1992, N. 421”.

Articolo 14 - Diritti dei cittadini

(in *Gazzetta Ufficiale* 7 gennaio 1994 n. 4)

ARTICOLO 14 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, n. 502 e modificazioni ed integrazioni.

(In Gazzetta Ufficiale 7 gennaio 1994 n. 4)

Omissis

Titolo IV - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

Articolo 14 - Diritti dei cittadini

1. Al fine di garantire il costante adeguamenti delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonchè all'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. A tale fine il Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro degli affari sociali, può avvalersi anche della collaborazione delle università, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del Servizio sanitario nazionale nonchè delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

2. Le regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni, anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti ogniqualevolta siano in discussione provvedimenti su tali materie. Le regioni determinano altresì le modalità della presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere.

3. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alla tutela dei diritti dei cittadini con riferimento all'attuazione degli indicatori di qualità.

4. Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al primo comma, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.

5. Il direttore sanitario e il dirigente del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza. al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la regione competente, al direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro 15 giorni, sentito il direttore sanitario. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce nè preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale.

6. Al fine di favorire l'esercizio del diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura, il Ministero della sanità cura la pubblicazione dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, con l'indicazione delle apparecchiature di alta tecnologia in dotazione nonché delle tariffe praticate per le prestazioni più rilevanti. La prima pubblicazione è effettuata entro il 31 dicembre 1993.

7. E' favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tale fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. I rapporti tra aziende ed organismi di volontariato che esplicano funzioni di servizio o di assistenza gratuita all'interno delle strutture sono regolati sulla base di quanto previsto dalla legge 11 agosto 1991 n. 266⁽¹⁾ e dalle leggi regionali attuative.

8. Le regioni, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere promuovono iniziative di formazione e di aggiornamento del personale addebito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali.

Omissis

(1) La nota 1 e le note successive sono riportate nel capitolo "NOTE"

**TESTO AGGIORNATO DEL DECRETO LEGISLATIVO 3 FEBBRAIO 1993, N. 29,
RECANTE “RAZIONALIZZAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE DELLE
AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE E REVISIONE DELLA DISCIPLINA IN
MATERIA DI PUBBLICO IMPIEGO, A NORMA DELL'ARTICOLO 2 DELLA
LEGGE 23 OTTOBRE 1992, N. 421”.**

Articolo 12 - Ufficio relazioni con il pubblico

(in Gazzetta Ufficiale 24 febbraio 1994 n. 45)

ARTICOLO 12 DEL DECRETO LEGISLATIVO 3 FEBBRAIO 1993, n. 29 e modificazioni ed integrazioni.

(In *Gazzetta Ufficiale* 24 febbraio 1994 n. 45)

Omissis

Articolo 12 - Ufficio relazioni con il pubblico

1. Le amministrazioni pubbliche, al fine di garantire la piena attuazione della legge 7 agosto 1990, n. 241, individuano, nell'ambito della propria struttura e nel contesto della ridefinizione degli uffici di cui all'articolo 31, uffici per le relazioni con il pubblico.

2. Gli uffici per le relazioni con il pubblico provvedono, anche mediante l'utilizzo di tecnologie informatiche:

- a) al servizio all'utenza per i diritti di partecipazione di cui al capo III della legge 7 agosto 1990, n. 241;
- b) all'informazione all'utenza relativa agli atti e allo stato dei procedimenti;
- c) alla ricerca ed analisi finalizzate alla formulazione di proposte alla propria amministrazione sugli aspetti organizzativi e logistici del rapporto con l'utenza.

3. Agli uffici per le relazioni con il pubblico viene assegnato, nell'ambito delle attuali dotazioni organiche delle singole amministrazioni, personale con idonea qualificazione e con elevata capacità di avere contatti con il pubblico, eventualmente assicurato da apposita formazione.

4. Al fine di assicurare la conoscenza di normative, servizi e strutture, le amministrazioni pubbliche programmano ed attuano iniziative di comunicazione di pubblica utilità; in particolare le amministrazioni dello Stato, per l'attuazione delle iniziative individuate nell'ambito delle proprie competenze, si avvalgono del Dipartimento per l'informazione e l'editoria della Presidenza del Consiglio dei Ministri quale struttura centrale di servizio, secondo un piano annuale di coordinamento del fabbisogno di prodotti e servizi, da sottoporre all'approvazione del Presidente del Consiglio dei Ministri.

5. Per le comunicazioni previste dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, non si applicano le norme vigenti che dispongono la tassa a carico del destinatario.

Omissis

Riferimenti normativi:

- La legge 7 agosto 1990 n.241 reca: "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" ed è pubblicata nella *Gazzetta ufficiale* n. 192 del 18 agosto 1990.

- Si riporta il testo dell'articolo 31 della legge 7 agosto 1990 n. 241:

Articolo 31 - Individuazione degli uffici dirigenziali e determinazione delle piante organiche in sede di prima applicazione del presente decreto.

1. In sede di prima applicazione del presente decreto, le amministrazioni pubbliche procedono:

a) alla rilevazione di tutto il personale distinto per circoscrizione provinciale e per sedi di servizio, nonchè per qualifiche e specifiche professionalità, evidenziando le posizioni di ruolonumerarie e soprannumerarie, non di ruolo, fuori ruolo, comando, distacco e con contratto a tempo determinato e a tempo parziale;

b) alla formulazione di una proposta diridefinizione dei propri uffici e delle piante organiche in relazione ai criteri di cui all'articolo 5, ai carichi di lavoro, nonchè alla esigenza di integrazione per obiettivi delle risorse umane e materiali, evitando le eventuali duplicazioni e sovrapposizioni di funzioni ed al fine di conseguire una riduzione per accorpamento degli uffici dirigenziali, e, in conseguenza, delle dotazioni organiche del personale dirigenziale, in misura non inferiore al dieci per cento, riservando un contingente di dirigenti per l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 17 comma 1, lettera b);

c) alla revisione delle tabelle annesse al decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 420 al fine di realizzare, anche con riferimento ai principi ed ai criteri fissati nel titolo I del presente decreto ed in particolare negli articoli 4, 5 e 7, una più razionale assegnazioneedistribuzione dei posti delle varie qualifiche per ogni singola unità scolastica, nel limite massimo della consistenza numerica complessiva delle unità di personale previste nelle predette tabelle.

2. Sulla base di criteri definiti, previo eventuale esame con le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative sul piano nazionale, di cui all'articolo 45, comma 8, e secondo le modalità di cui all'articolo 10, le amministrazioni pubbliche determinano i carichi di lavoro con riferimento alla quantità totale di atti e di operazioni per unità di personale prodotti negli ultimi tre anni, ai tempi standard di esecuzione di attività e, ove rilevi, al grado di copertura del servizio reso, in rapporto alla domanda espressa e potenziale. Le amministrazioni informano le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative sul piano nazionale, di cui all'articolo 45, comma 8, sull'applicazione dei criteri di determinazione dei carichi di lavoro.

3. Le rilevazioni e le proposte di cui al comma 1 sono trasmesse, anche separatamente, alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica e al Ministero del tesoro entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

4. All'approvazione delle proposte si procede secondo le modalità e nei limiti previsti dall'articolo 6 quanto alle amministrazioni statali, comprese le aziende e le amministrazioni anche ad ordinamento autonomo, e con i provvedimenti e nei termini previsti dai rispettivi ordinamenti quanto alle altre amministrazioni pubbliche.

5. In caso di inerzia, il Presidente del Consiglio dei Ministri, previa diffida, assume in via sostitutiva le iniziative ed adotta direttamente i provvedimenti di cui ai commi 1 e 3.

6. Non sono consentite assunzioni personale presso le amministrazioni pubbliche fin tanto che non siano state approvate le proposte di cui al comma 1. Per 1993 si applica l'articolo 7, comma 8, del decreto-legge 19 settembre 1992, n. 384, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 novembre 1992, n. 438. Le richieste di deroga devono essere corredate dalla rilevazione di cui al comma 1, lettera a). Sono fatti salvi i contratti previsti dall'articolo 36 della legge 20 marzo 1975, n. 70, e dall'articolo 23 dell'accordo sindacale reso esecutivo dal decreto del Presidente della Repubblica 12 febbraio 1991, n. 171.

6-bis. Fino alla revisione delle tabelle di cui al comma 1, lettera c), è consentital'utilizzazioine nei provveditorati agli studi di personale amministrativo, tecnico ed ausiliario della scuola in mansioni corrispondenti alla qualifica di appartenenza; le stesse utilizzazioni possono essere disposte dai provveditori agli studi fino al limite delle vacanze nelle dotazioni organiche degli uffici scolastici provinciali, sulla base di criteri definiti previo esame con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a norma dell'articolo 10 e, comunque, con precedenza nei confronti di ~~al~~fa richiesta.

- Si riporta il testo del capo III della legge 7 agosto 1990 n. 241:

"Capo III - Partecipazione al procedimento amministrativo

Articolo 7

- 1. Ove non sussistano ragioni di impedimento derivanti da particolari esigenze di celerità del procedimento, l'avvio del procedimento stesso è comunicato, con le modalità previste dall'articolo 8, ai soggetti nei confronti dei quali il provvedimento finale è destinato a produrre effetti diretti ed a quelli che per legge debbono intervenirvi. Ove parimenti non sussistano le ragioni di impedimento predette, qualora da un provvedimento possa derivare un pregiudizio a soggetti individuati o facilmente individuabili, diversi dai suoi diretti destinatari, l'amministrazione è tenuta a fornire loro, con le stesse modalità, notizia dell'inizio del procedimento.*
- 2. Nelle ipotesi di cui al comma 1 resta salva la facoltà dell'amministrazione di adottare anche prima della effettuazione delle comunicazioni di cui al medesimo comma 1, provvedimenti cautelari.*

Articolo 8

- 1. L'amministrazione provvede a dare notizia dell'avvio del procedimento mediante comunicazione personale.*
- 2. Nelle comunicazione debbono essere indicati:
a) l'amministrazione competente;
b) l'oggetto del procedimento promosso;
c) l'ufficio e la persona responsabile del procedimento;
d) l'ufficio in cui si può prendere visione degli atti.*
- 3. Qualora per il numero dei destinatari la comunicazione personale non sia possibile o risulti particolarmente gravosa, l'amministrazione provvede a rendere noti gli elementi di cui al comma 2 mediante forme di pubblicità idonee di volta in volta stabilite dall'amministrazione medesima.*
- 4. L'omissione di taluna delle comunicazioni prescritte può essere fatta valere solo dal soggetto nel cui interesse la comunicazione è prevista.*

Articolo 9

- 1. Qualunque soggetto, portatore di interessi pubblici o privati, nonché i portatori di interessi diffusi costituiti in associazioni o comitati, cui possa derivare un pregiudizio dal provvedimento, hanno facoltà di intervenire nel procedimento.*

Articolo 10

- 1. I soggetti di cui all'articolo 7 e quelli intervenuti ai sensi dell'articolo 9 hanno diritto:
a) di prendere visione degli atti del procedimento, salvo quanto previsto dall'articolo 24;
b) di presentare memorie scritte e documenti, che l'amministrazione ha l'obbligo di valutare ove siano pertinenti all'oggetto del procedimento.*

Articolo 11

1. In accoglimento di osservazioni e proposte presentate a norma dell'articolo 10, l'amministrazione procedente può concludere, senza pregiudizio dei diritti dei terzi, e in ogni caso nel perseguimento del pubblico interesse, accordi con gli interessati al fine di determinare il contenuto discrezionale del provvedimento finale ovvero, nei casi previsti dalla legge, in sostituzione di questo.

2. Gli accordi di cui al presente articolo debbono essere stipulati, a pena di nullità, per atto scritto salvo che la legge disponga altrimenti. Ad essi si applicano, ove non diversamente previsto, i principi del codice civile in materia di obbligazioni e contratti in quanto compatibili.

3. Gli accordi sostitutivi di provvedimenti sono soggetti ai medesimi controlli previsti per questi ultimi.

4. Per sopravvenuti motivi di pubblico interesse l'amministrazione recede unilateralmente dall'accordo, salvo l'obbligo di provvedere alla liquidazione di un indennizzo in relazione agli eventuali pregiudizi verificatisi in danno del privato.

5. Le controversie in materia di formazione, conclusione ed esecuzione degli accordi di cui al presente articolo sono riservate alla giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo.

Articolo 12

1. La concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati sono subordinate alla predeterminazione ed alla pubblicazione da parte delle amministrazioni procedenti nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, dei criteri e delle modalità cui le amministrazioni stesse devono attenersi.

2. L'effettiva osservanza dei criteri e delle modalità di cui al comma 1 deve risultare dai singoli provvedimenti relativi agli interventi di cui al medesimo comma 1.

Articolo 13

1. Le disposizioni contenute nel presente capo non si applicano nei confronti dell'attività della pubblica amministrazione diretta alla emanazione di atti normativi, amministrativi generali, di pianificazione e di programmazione, per i quali restano ferme le particolari norme che ne regolano la formazione.

2. Dette disposizioni non si applicano altresì ai procedimenti tributari per i quali restano ferme le particolari norme che li regolano".

DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 27 gennaio 1994.

Principi sull'erogazione dei servizi pubblici

(in Gazzetta Ufficiale 22 febbraio 1994, n. 43).

DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 27 gennaio 1994, "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici" (in *Gazzetta Ufficiale* 22 febbraio 1994, n. 43).

IL PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto l'articolo 5, comma 2, lettere b), e), ed f), della legge 23 agosto 1988, n. 400⁽²⁾;

Ritenuta l'opportunità di fissare i principi cui deve essere progressivamente uniformata l'erogazione dei servizi pubblici, anche se svolti in regime di concessione, a tutela delle esigenze dei cittadini che possono fruirne e nel rispetto delle esigenze di efficienza ed imparzialità cui l'erogazione deve uniformarsi;

Sentito il Consiglio dei Ministri nella riunione del 21 gennaio 1994;

EMANA
la seguente direttiva

OGGETTO, AMBITO DI APPLICAZIONE E DEFINIZIONI

La presente direttiva dispone i principi cui deve essere uniformata progressivamente, in generale, l'erogazione dei servizi pubblici.

Ai fini della presente direttiva sono considerati servizi pubblici, anche se svolti in regime di concessione o mediante convenzione, quelli volti a garantire il godimento dei diritti della persona, costituzionalmente tutelati, alla salute, all'assistenza, alla previdenza sociale, alla istruzione e alla libertà e alla sicurezza della persona, alla libertà di circolazione, ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 giugno 1990, n. 146⁽³⁾, e quelli di erogazione di energia elettrica, acqua e gas.

Ai principi della direttiva si uniformano le pubbliche amministrazioni che erogano servizi pubblici.

Per i servizi erogati in regime di concessione o mediante convenzione e comunque svolti da soggetti non pubblici, il rispetto dei principi della direttiva è assicurato dalle amministrazioni pubbliche nell'esercizio dei loro poteri di direzione, controllo e vigilanza. Le amministrazioni concedenti provvedono ad inserire i contenuti della presente direttiva negli atti che disciplinano la concessione.

Gli enti erogatori dei servizi pubblici, ai fini della presente direttiva, sono denominati "soggetti erogatori".

I. I PRINCIPI FONDAMENTALI

1. Eguaglianza.

1. L'erogazione del servizio pubblico deve essere ispirata al principio di eguaglianza dei diritti degli utenti. Le regole riguardanti i rapporti tra utenti e servizi pubblici e l'accesso ai servizi pubblici devono essere uguali per tutti. Nessuna distinzione nell'erogazione del servizio può essere compiuta per motivi riguardanti il sesso, razza, lingua, religione ed opinioni politiche. Va garantita la parità di trattamento, a parità di condizioni del servizio prestato, sia tra le diverse aree geografiche di utenza,

anche quando le stesse non siano agevolmente raggiungibili, sia fra le diverse categorie o fasce di utenti.

2. L'eguaglianza va intesa come divieto di ogni ingiustificata discriminazione e non, invece, quale uniformità delle prestazioni sotto il profilo delle condizioni personali e sociali. In particolare, i soggetti erogatori dei servizi sono tenuti ad adottare le iniziative necessarie per adeguare le modalità di prestazione del servizio alle esigenze degli utenti portatori di handicap.

2. Imparzialità.

1. I soggetti erogatori hanno l'obbligo di ispirare i propri comportamenti, nei confronti degli utenti, a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità. In funzione di tale obbligo si interpretano le singole clausole delle condizioni generali e specifiche di erogazione del servizio e le norme regolatrici di settore.

3. Continuità.

1. L'erogazione dei servizi pubblici, nell'ambito delle modalità stabilite dalla normativa regolatrice di settore, deve essere continua, regolare e senza interruzioni. I casi di funzionamento irregolare o di interruzione del servizio devono essere espressamente regolati dalla normativa di settore. In tali casi i soggetti erogatori devono adottare misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile.

4. Diritto di scelta.

1. Ove sia consentito dalla legislazione vigente, l'utente ha diritto di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio. Il diritto di scelta riguarda in particolare i servizi distribuiti sul territorio.

5. Partecipazione.

1. La partecipazione del cittadino alla prestazione del servizio pubblico deve essere sempre garantita, sia per tutelare il diritto alla corretta erogazione del servizio, sia per favorire la collaborazione nei confronti dei soggetti erogatori.

2. L'utente ha diritto di accesso alle informazioni in possesso del soggetto erogatore che lo riguardano. Il diritto di accesso è esercitato secondo le modalità disciplinate dalla legge 7 agosto 1990, n. 241⁽⁴⁾.

3. L'utente può produrre memorie e documenti, prospettare osservazioni, formulare suggerimenti per il miglioramento del servizio. I soggetti erogatori danno immediato riscontro all'utente circa le segnalazioni e le proposte da esso formulate.

4. I soggetti erogatori acquisiscono periodicamente la valutazione dell'utente circa la qualità del servizio reso, secondo le modalità indicate nel titolo successivo.

6. Efficienza ed efficacia.

1. Il servizio pubblico deve essere erogato in modo da garantire l'efficienza ed efficacia. I soggetti erogatori adottano le misure idonee al raggiungimento di tali obiettivi.

II. GLI STRUMENTI.

1. Adozione di standard.

1. Entro tre mesi i soggetti erogatori individuano i fattori da cui dipende la qualità del servizio e, sulla base di essi adottano e pubblicano standard di qualità e quantità di cui assicurano il rispetto.

2. I soggetti erogatori definiscono standard generali e standard specifici di qualità e quantità dei servizi. I primi rappresentano obiettivi di qualità che si riferiscono al complesso delle prestazioni rese. I secondi si riferiscono a ciascuna delle singole prestazioni rese all'utente, che può direttamente verificarne il rispetto.

3. Gli standard sono accompagnati da una relazione illustrativa nella quale si descrivono, tra l'altro, le modalità previste per il loro conseguimento: i fattori principali esterni al soggetto erogatore ed indipendenti dal suo controllo che potrebbero incidere significativamente sul conseguimento degli standard; i metodi di valutazione utilizzati per fissare o rivedere gli standard, con una previsione relativa alle valutazioni future. Nella relazione i soggetti erogatori determinano, altresì, gli indici da utilizzare per la misurazione o la valutazione dei risultati conseguiti; forniscono una base di comparazione per raffrontare i risultati effettivamente ottenuti con gli obiettivi previsti; descrivono gli strumenti da impiegarsi al fine di verificare e convalidare i valori misurati.

4. Gli standard sono sottoposti a verifica con gli utenti in adunanze pubbliche.

5. L'osservanza degli standard non può essere soggetta a condizioni. Essi sono derogabili solo se i risultati sono più favorevoli agli utenti.

6. Gli standard sono periodicamente aggiornati, per adeguarli alle esigenze dei servizi. Le nuove regole devono essere adottate e seguite avendo cura di ridurre al minimo le conseguenze disagiati per gli utenti.

7. I soggetti erogatori adottano ogni anno piani diretti a migliorare progressivamente gli standard dei servizi.

2. Semplificazione delle procedure.

1. Al fine di razionalizzare e rendere conoscibili gli atti relativi alla disciplina e alla prestazione dei servizi pubblici, i soggetti erogatori provvedono alla razionalizzazione, alla riduzione e alla semplificazione delle procedure da essi adottate.

2. I soggetti erogatori sono tenuti a ridurre per quanto possibile gli adempimenti richiesti agli utenti e forniscono gli opportuni chiarimenti su di essi. Inoltre, adottano, ove possibile formulari uniformi e provvedono alla semplificazione e all'informatizzazione dei sistemi di prenotazione e delle forme di pagamento delle prestazioni.

3. Informazione degli utenti.

1. I soggetti erogatori assicurano la piena informazione degli utenti circa le modalità di prestazione dei servizi. In particolare:

a) rendono noto agli utenti, tramite appositi avvisi e opuscoli chiari e facilmente leggibili, le condizioni economiche e tecniche per l'effettuazione dei servizi;

- b) pubblicano gli esiti delle verifiche compiute, secondo le modalità di cui al successivo paragrafo 5 di questo titolo, sul rispetto degli standard;
- c) informano tempestivamente, anche mediante i mezzi di informazione, gli utenti circa ogni eventuale variazione delle modalità di erogazione del servizio;
- d) curano la pubblicazione di testi in cui siano inclusi tutti gli atti che disciplinano l'erogazione dei servizi e regolano i rapporti con gli utenti. Le modificazioni che si rendono successivamente necessarie sono inserite nei testi esistenti e sono adeguatamente divulgate;
- e) predispongono appositi strumenti di informazione, tramite l'attivazione di linee di comunicazione telefoniche e telematiche di cui verificano periodicamente il buon funzionamento.

2. In ogni caso devono essere assicurate, e periodicamente verificate, la chiarezza e la comprensibilità dei testi, oltre che la loro accessibilità al pubblico.

3. Gli utenti hanno diritto ad ottenere informazioni circa le modalità giuridiche e tecniche di espletamento dei servizi e ad accedere ai registri ed agli archivi, nei modi e nei termini previsti dalle leggi e dai regolamenti in vigore.

4. Gli utenti sono informati delle decisioni che li riguardano, delle loro motivazioni e della possibilità di reclamo e degli strumenti di ricorso avverso di esse.

4. Rapporti con gli utenti

1. I soggetti erogatori e i loro dipendenti sono tenuti a trattare gli utenti con rispetto e cortesia ed ad agevolarli nell'esercizio dei diritti e nell'adempimento degli obblighi.

I dipendenti sono tenuti, altresì, ad indicare le proprie generalità, sia nel rapporto personale, sia nelle comunicazioni telefoniche.

2. I soggetti erogatori istituiscono, ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 come sostituito dall'articolo 7 del decreto legislativo 23 dicembre 1993, n. 546, appositi uffici volti a curare le relazioni con il pubblico, presso i quali siano disponibili tutte le informazioni utili agli utenti.

3. L'apertura degli uffici destinati ai rapporti con il pubblico deve essere assicurata anche nelle ore pomeridiane.

4. Le procedure interne degli uffici non devono restringere le condizioni di esercizio dei diritti degli utenti.

5. Doveri di valutazione della qualità dei servizi.

1. Per valutare la qualità del servizio reso, specie in relazione al raggiungimento degli obiettivi di pubblico interesse, i soggetti erogatori svolgono apposite verifiche sulla qualità e l'efficacia dei servizi prestati, in conformità ai criteri determinati nella relazione che accompagna gli standard, ai sensi del paragrafo 1, comma 3, di questo titolo.

2. Entro e non oltre il 31 marzo di ciascun anno, i soggetti erogatori predispongono una relazione sui risultati conseguiti nel precedente esercizio, sottoponendola al Comitato di cui al titolo successivo, e danno ad essa adeguata pubblicità. La relazione dovrà, tra l'altro, analizzare i risultati conseguiti in rapporto agli standard stabiliti per l'esercizio in questione: definire gli standard per l'esercizio in corso in rapporto anche ai risultati conseguiti nell'esercizio oggetto di relazione; descrivere le ragioni dell'eventuale inosservanza degli standard e i rimedi predisposti; indicare i criteri direttivi cui il

soggetto erogatore si atterrà nella redazione dei piani di miglioramento progressivo degli standard, previsti dal comma 7, paragrafo 1, di questo titolo.

3. La relazione predisposta entro il 31 marzo 1995 dovrà includere i risultati effettivamente conseguiti nell'esercizio 1994, quella seguente dovrà includere i risultati effettivamente conseguiti negli esercizi 1994 e 1995, mentre tutte le relazioni successive dovranno includere i risultati effettivamente conseguiti nei tre esercizi precedenti.

4. I soggetti erogatori, al fine di acquisire periodicamente la valutazione degli utenti sulla qualità del servizio reso, ai sensi del paragrafo 5, comma 4, del titolo I, predispongono apposite schede a lettura ottica, e ne curano l'invio agli utenti; indicano riunioni pubbliche con la partecipazione degli utenti di una determinata zona o di una determinata unità di erogazione del servizio; effettuano, a campione, interviste con gli utenti, anche immediatamente dopo l'erogazione di un singolo servizio.

5. I risultati delle verifiche effettuate sono pubblicati in una apposita sezione della relazione di cui al precedente comma 2 e di essi i soggetti erogatori tengono conto per identificare le misure idonee ad accrescere l'efficienza dei servizi e il raggiungimento degli obiettivi di pubblico interesse.

6. Rimborso.

1. I soggetti erogatori assicurano agli utenti forme di rimborso nei casi in cui è possibile dimostrare che il servizio reso è inferiore, per qualità e tempestività, agli standard pubblicati;

2. Le procedure di rimborso devono essere tali da non rendere difficile, per complessità, onerosità o durata, l'esercizio del diritto dell'utente. Esse sono soggette alla vigilanza del Comitato di cui al titolo successivo.

3. Fatta salva l'applicazione delle norme vigenti, i soggetti erogatori si rivalgono nei confronti del dipendente al quale è imputabile, per dolo o per grave negligenza, il mancato rispetto degli standard.

III. LA TUTELA.

1. Procedure di reclamo.

1. I soggetti erogatori prevedono procedure di reclamo dell'utente circa la violazione dei principi sanciti nella presente direttiva e danno ad esse piena pubblicità.

2. Le procedure di reclamo devono essere accessibili, di semplice comprensione e facile utilizzazione; svolgersi in tempi rapidi, predeterminati dai soggetti erogatori; assicurare un'indagine completa ed imparziale circa le irregolarità denunciate e garantire all'utente un'informazione periodica circa lo stato di avanzamento dell'indagine stessa; prevedere una risposta completa all'utente e forme di ristoro adeguate, ivi compreso il rimborso di cui al paragrafo 5 del precedente titolo, per pregiudizio da questi subito per l'inosservanza dei principi della presente direttiva; consentire ai soggetti erogatori di tenere conto delle doglianze degli utenti al fine del miglioramento della qualità del servizio. Le procedure di reclamo sono soggette alla vigilanza del comitato di cui al titolo successivo. Ai fini indicati, i soggetti erogatori si uniformano alle disposizioni dei commi successivi.

3. Ciascun soggetto erogatore istituisce, ai sensi dell'articolo 20 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, come sostituito dall'articolo 6 del decreto legislativo 10 novembre 1993, n. 470 ⁽⁵⁾, un ufficio interno di controllo denominato ai sensi della presente direttiva "ufficio". Lo stesso obbligo si estende a ciascuna delle articolazioni territoriali dell'ente dotate di autonomia nella determinazione

delle condizioni di erogazione del servizio. L'ufficio esercita le funzioni di valutazione dei risultati conseguiti dal soggetto erogatore, ai sensi del citato articolo 20 del decreto legislativo n. 29 del 1993 e successive modificazioni⁽⁶⁾. Esso, inoltre, riceve i reclami presentati dall'utente circa la violazione dei principi sanciti nella presente direttiva.

4. Il reclamo può essere presentato dall'utente in via orale, per iscritto, via fax o telefonicamente. Nella predisposizione del reclamo, l'utente può avvalersi dell'assistenza degli uffici per le relazioni con il pubblico di cui al paragrafo 4, comma 2, del titolo precedente.

5. Al momento della presentazione del reclamo, l'ufficio comunica all'utente il nominativo del dipendente responsabile dell'indagine, i tempi previsti per l'espletamento della stessa, i mezzi dei quali dispone nel caso di risposta sfavorevole.

6. L'ufficio riferisce all'utente, con la massima celerità, e comunque non oltre trenta giorni dalla presentazione del reclamo, circa gli accertamenti compiuti, indicando altresì i termini entro i quali il soggetto erogatore provvederà alla rimozione delle irregolarità riscontrate o al ristoro del pregiudizio arrecato. Trascorsi 15 giorni, l'ufficio informa comunque l'utente circa lo stato di avanzamento dell'indagine.

7. L'ufficio riferisce semestralmente al Comitato di cui al paragrafo successivo sulla quantità e il tipo di reclami ricevuti e sul seguito dato ad essi dal soggetto erogatore. Dei reclami ricevuti il soggetto erogatore tiene conto nell'adozione dei piani di miglioramento progressivo degli standard, di cui al paragrafo 1, comma 7, del precedente titolo.

2. Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi pubblici.

1. Al fine di garantire l'osservanza dei principi e delle procedure di cui ai paragrafi precedenti, è istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica, un Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi pubblici, di seguito denominato "Comitato".

2. Il Comitato è composto da tre esperti di riconosciuta indipendenza e di notoria esperienza nel settore dei servizi pubblici.

3. Ai fini indicati nel comma 1, e fatte salve le competenze attribuite dalla legge a distinti organismi, il Comitato:

- a) richiede ai soggetti erogatori atti e documenti, convoca riunioni con gli amministratori e i dirigenti degli stessi;
- b) valuta l'idoneità degli standard di qualità del servizio adottati dai soggetti erogatori a realizzare i principi stabiliti nella direttiva e, indica, se del caso, le correzioni da apportare. Nella fase di prima attuazione propone ai soggetti erogatori un calendario degli adempimenti, eventualmente differenziato per settore, zone geografiche, tipo di prestazione;
- c) vigila sull'osservanza degli standard e segnala ai soggetti erogatori le eventuali difformità riscontrate. Nei casi di mancata ottemperanza, il Comitato può proporre al Ministero competente l'adozione di misure sanzionatorie adeguate;
- d) valuta l'adeguatezza delle procedure di reclamo e delle misure di ristoro previste nel caso di pregiudizio recato all'utente dalla mancata osservanza della direttiva;
- e) promuove l'adozione delle misure dirette alla semplificazione dei rapporti tra i soggetti erogatori e gli utenti;
- f) promuove l'adozione delle misure dirette ad assicurare la possibilità di scelta dell'utente;
- g) acquisisce i dati e informazioni sul gradimento degli utenti. A tale scopo verifica i sistemi di rilevazione del gradimento apprestati da ciascun soggetto ai sensi del paragrafo 5 del titolo precedente e ne acquisisce gli esiti;

- h) determina le procedure attraverso le quali gli utenti sono consultati in ordine agli standard relativi ai singoli servizi e al rispetto di tali standard da parte degli enti erogatori;
- i) propone annualmente al Presidente del Consiglio dei Ministri l'attribuzione di attestati di qualità ai soggetti che si siano distinti quanto ad efficienza del servizio reso, qualità degli standard, osservanza degli stessi, gradimento degli utenti;
- l) controlla l'esattezza, la completezza e la comprensibilità delle comunicazioni che i soggetti di erogazione del servizio rendono al pubblico;
- m) rende pubblici annualmente i risultati del proprio lavoro;
- n) propone al Presidente del Consiglio dei Ministri le misure regolamentari e legislative idonee a migliorare la protezione dei diritti dell'utente.

4. Per l'assolvimento dei suoi compiti, il Comitato può avvalersi del supporto tecnico degli uffici competenti della Presidenza del Consiglio, del Dipartimento della funzione pubblica, del Ministero della pubblica istruzione, del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, del Ministero della sanità, del Ministero delle poste e delle telecomunicazioni, del Ministero dell'interno, del Ministero dei trasporti e della navigazione.

3. Sanzioni per la mancata osservanza della direttiva.

1. Per i servizi erogati da pubbliche amministrazioni, l'inosservanza dei principi della presente direttiva è valutata ai fini dell'applicazione delle sanzioni amministrative e disciplinari previste a carico dei dirigenti generali, dei dirigenti e degli altri dipendenti dagli articoli 20, commi 9, 10 e 59 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, così come modificati, rispettivamente, dall'articolo 6 del decreto legislativo 10 novembre 1993, n. 470, e dall'articolo 27 del decreto legislativo 23 dicembre 1993, n. 546⁽⁷⁾.
2. Per i servizi erogati in regime di concessione o mediante convenzione e comunque erogati da soggetti non pubblici, l'inosservanza dei principi della presente direttiva costituisce inadempimento degli obblighi assunti contrattualmente dai soggetti erogatori.

IV. IMPEGNI DEL GOVERNO.

Il Governo si impegna ad adottare tutte le misure legislative, regolamentari ed amministrative necessarie a dare piena effettività ai principi contenuti nella presente direttiva.

DIRETTIVA PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 11 OTTOBRE 1994.

**Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli
uffici per le relazioni con il pubblico**

(in Gazzetta Ufficiale 8 novembre 1994, n. 261).

DIRETTIVA PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 11 ottobre 1994, "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico" (in Gazzetta Ufficiale 8 novembre 1994, n. 261).

IL PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto l'articolo 5, comma 2, lettere b), e), f), della legge 23 agosto 1988, n. 400⁽⁸⁾;

Visto l'articolo 12 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive disposizioni correttive, concernente l'istituzione nelle amministrazioni pubbliche, nel contesto della ridefinizione delle unità organiche, degli uffici per le relazioni con il pubblico, al fine di garantire la piena attuazione della legge 7 agosto 1990, n. 241⁽⁹⁾;

Ritenuta l'opportunità di definire principi e linee di riferimento per l'istituzione degli uffici per le relazioni con il pubblico, in modo da assicurare una sollecita e compiuta attuazione del citato articolo 12 del decreto legislativo n. 29 del 1993;

Sentito il Consiglio dei Ministri nella riunione del 6 ottobre 1994;

EMANA
la seguente direttiva

I. OGGETTO, AMBITO DI APPLICAZIONE E DEFINIZIONI.

La presente direttiva definisce i principi e le modalità per l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico di cui all'articolo 12 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive disposizioni correttive, di seguito denominati uffici.

Ai principi della direttiva con gli opportuni adeguamenti in funzione delle risorse disponibili e delle esperienze maturate, dell'attività svolta, delle dimensioni delle caratteristiche organizzative e degli ordinamenti, si uniformano le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1 del decreto legislativo n. 29 del 1993⁽¹⁰⁾.

II. LE FINALITA'.

L'attività degli uffici è finalizzata a:

- dare attuazione al principio di trasparenza dell'attività amministrativa, al diritto di accesso alla documentazione ed ad una corretta informazione;

- rilevare sistematicamente i bisogni ed il livello di soddisfazione dell'utenza per i servizi erogati e collaborare per adeguare conseguentemente i fattori che ne determinano la qualità;

- proporre adeguamenti e correttivi per favorire l'ammodernamento delle strutture, la semplificazione del linguaggio e l'aggiornamento delle modalità con cui la amministrazione si propone all'utenza.

III. LE ATTIVITA'.

Gli uffici svolgono le seguenti attività:

- servizi all'utenza per i diritti di partecipazione di cui al capo III della legge 7 agosto 1990, n. 241⁽¹¹⁾;

- informazione all'utenza sugli atti amministrativi, sui responsabili, sullo svolgimento e sui tempi di conclusione dei procedimenti, e sulle modalità di erogazione dei servizi;

- ricerca ed analisi finalizzate alla conoscenza dei bisogni e proposte per il miglioramento dei rapporti con l'utenza;

- promozione e realizzazione di iniziative di comunicazione di pubblica utilità per assicurare la conoscenza di normative, strutture pubbliche e servizi erogati e l'informazione sui diritti dell'utenza nei rapporti con le amministrazioni.

IV. I SUPPORTI TECNOLOGICI.

Lo svolgimento delle attività di documentazione da parte degli uffici è favorito dalla disponibilità di sistemi automatizzati di raccolta delle immagini e dei documenti, di classificazione e di ricerca degli stessi, basati su stazioni di lavoro avanzate o personal computer.

Gli uffici utilizzano, quale ambiente tecnologico per lo svolgimento delle attività di competenza, i servizi di accesso polifunzionale di cui all'articolo 11 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29⁽¹²⁾, da istituire in conformità alle modalità di interconnessione definite dall'Autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione ed alle specifiche organizzative e polifunzionali indicate dal Dipartimento della funzione pubblica .

A tali fini, il Dipartimento della funzione pubblica promuove e realizza progetti sperimentali, utilizzando i fondi di cui all'articolo 26 della legge 11 marzo 1988, n. 67 ⁽¹³⁾, ed all'articolo 2 della 24 dicembre 1993, n. 537⁽¹⁴⁾.

V. I FRUITORI DELL'ATTIVITA' DEGLI UFFICI.

Si rivolgono agli uffici (di persona, per iscritto, via fax o telefonicamente) le persone giuridiche o fisiche interessate a richiedere informazioni sulle attività, le strutture ed i servizi delle amministrazioni pubbliche. A titolo esemplificativo, gli aventi diritto di accesso agli atti dei procedimenti, ai sensi dell'articolo 10 della legge 241 del 1990 ⁽¹⁵⁾, ed i titolari di interessi personali e concreti di accesso ai documenti amministrativi, ai sensi dell'articolo 22 della predetta legge ⁽¹⁶⁾.

VI. IL LIVELLO DEGLI UFFICI.

Gli uffici sono istituiti, di norma, laddove si svolge l'attività di amministrazione attiva di maggior contatto con i cittadini-utenti.

Le funzioni di promozione, programmazione, organizzazione e coordinamento dell'attività degli uffici sono svolte, ove ne ricorrano le condizioni, da una unità centrale individuata dalle amministrazioni.

Il livello degli uffici è adeguato alla struttura, all'impianto organizzativo, alle dimensioni e alla natura dell'attività svolta dalle amministrazioni.

Agli uffici sono preposti responsabili in possesso di qualifica dirigenziale, al fine di assicurare un adeguato livello di rappresentatività ed una concreta capacità di dialogo e di collaborazione con le strutture dell'amministrazione di appartenenza.

Gli uffici rappresentano il "luogo d'incontro" fra l'utenza e le strutture pubbliche, che emanano provvedimenti amministrativi e/o erogano servizi; la loro istituzione non modifica le funzioni e l'organizzazione delle amministrazioni e deve creare sovrapposizione di competenze.

VII. L'ORGANIZZAZIONE ED IL FUNZIONAMENTO DEGLI UFFICI.

1. Accoglienza.

E' necessario che gli uffici:

- siano collocati in locali facilmente individuabili ed accessibili, con ampia ricettività di parcheggio ed agevole raggiungibilità con i mezzi di trasporto.

A tali fini, è opportuno ricorrere ad intese e convenzioni con le amministrazioni comunali, anche mediante accordi globali per tutti gli uffici compresi in uno stesso contesto urbanistico;

- rendano note le modalità di accesso (toponomastico, postale, telefonico, posta elettronica, fax ecc.);

- osservino un orario di ricevimento del pubblico distribuito anche nelle ore pomeridiane;

- utilizzino personale con approfondita conoscenza dell'organizzazione dell'amministrazione di appartenenza, professionalmente qualificato per l'accoglienza del pubblico e delle istanze presentate e per la ricezione delle richieste di informazioni attraverso sistemi telematici, di posta elettronica, videotel, postali telefonici (numero verde).

Gli uffici assicurano, in ogni caso, una risposta alle istanze presentate, con le seguenti modalità:

2. Risposte immediate.

A tali fini, vengono raccolte informazioni e documentazione (schede, pubblicazioni, video, documentazione cartacea) ed attivati collegamenti telematici con banche dati, anche di altre amministrazioni, e/o di organismi privati.

3. Risposte differite.

Nel caso la rilevazione dello stato di un procedimento o l'acquisizione di documentazione richiedano una ricerca più complessa, anche per la mancanza di idonei supporti informatici e telematici o per carenza o insufficiente qualificazione del personale, la risposta sarà fornita anche via telefono o fax, in un termine di tempo brevissimo, di norma non superiore a 48 ore. Dell' avvenuta risposta sarà data comunicazione all'ufficio.

VIII. ANALISI E RICERCA SULL'UTENZA.

Gli uffici organizzano sistematicamente indagini sul grado di soddisfazione dell'utenza per i servizi erogati e sull'evoluzione dei bisogni e delle esigenze.

L'attività di ricerca è, inoltre, funzionale alla programmazione di iniziative di comunicazione e di formazione e alla formulazione di proposte di adeguamento dell'organizzazione e delle procedure delle amministrazioni.

IX. LA COMUNICAZIONE.

Le amministrazioni, in collaborazione con gli uffici, promuovono e realizzano, in attuazione dell'articolo 12, comma 4, del decreto legislativo n. 29 del 1993, e sulla base delle informazioni acquisite attraverso le indagini, iniziative di comunicazione di pubblica utilità, utilizzando strumenti grafici, editoriali, audiovisivi, radiotelevisivi, telematici, multimediali, pubblicitari, ai fini di assicurare la conoscenza di normative, strutture e servizi, nonché di informare sui diritti dell'utenza nei rapporti con le amministrazioni pubbliche.

X. IL PIANO ANNUALE DI COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE DI PUBBLICA UTILITÀ' DELLE AMMINISTRAZIONI STATALI.

Per l'attuazione della normativa recata dall'articolo 12, comma 4, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive disposizioni correttive, le amministrazioni statali promuovono le iniziative di comunicazione di pubblica utilità con il coordinamento del Dipartimento per l'informazione e l'editoria della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che si caratterizza, quindi, come struttura tecnica di servizio.

I programmi delle amministrazioni sono trasmessi al Dipartimento entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento, anche con riserva di successivo accertamento e comunicazione della copertura finanziaria, in modo da consentire al Dipartimento di predisporre lo schema di piano annuale di coordinamento, previsto dal citato articolo 12, da sottoporre all'approvazione del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Per omogeneità di esposizione, i programmi di comunicazione delle amministrazioni si riferiranno ad iniziative riguardanti campagne di informazione su temi specifici, campagne pubblicitarie istituzionali con previsione di gara europea, attività editoriale, audiovisivi, attività di comunicazione diretta al cittadino, attività di comunicazione interna, mostre, fiere, esposizioni, convegni, seminari e congressi.

XI. LA FORMAZIONE.

La Scuola superiore della pubblica amministrazione predispone progetti di formazione distintamente per dirigenti ed operatori degli uffici.

La realizzazione dei corsi è curata per le prime edizioni direttamente dalla scuola e successivamente dalle amministrazioni o da qualificate istituzioni pubbliche e/o private, con la supervisione della scuola medesima.

XII. LE SANZIONI PER LA MANCATA OSSERVANZA DELLA DIRETTIVA.

La inosservanza alla presente direttiva è valutata ai fini della applicazione delle sanzioni amministrative e disciplinari previste a carico dei dirigenti generali, dei dirigenti e degli altri

dipendenti dagli articoli 20, commi 9 e 10, e 59 del decreto legislativo n. 29 del 1993 come modificati, rispettivamente, dall'articolo 6 del decreto legislativo 10 novembre 1993, n. 470, e dall'articolo 27 del decreto legislativo 23 dicembre 1993, n. 546⁽¹⁷⁾ „.

XIII. COMMISSIONE PER L'ATTUAZIONE DELLA DIRETTIVA

Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri è istituita, presso il Dipartimento della funzione pubblica, una commissione per l'attuazione della normativa recata dagli articoli 11⁽¹⁸⁾ e 12 del decreto legislativo n. 29 del 1993, della quale fanno parte sette componenti in rappresentanza, rispettivamente, del Dipartimento della funzione pubblica, che la presiede, del Dipartimento per l'informazione e l'editoria della Presidenza del Consiglio dei Ministri, della Scuola superiore della pubblica amministrazione, della associazione dei Comuni d'Italia (ANCI), delle Regioni, designato dalla Conferenza Stato-Regioni, nonché due responsabili uffici.

Alla Commissione sono attribuite le seguenti competenze:

consulenza, assistenza tecnico-organizzativa alle amministrazioni e coordinamento generale delle attività finalizzate alla istituzione ed al funzionamento degli uffici;

monitoraggio, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, sullo svolgimento delle iniziative di formazione e di aggiornamento del personale degli uffici;

promozione di iniziative di comunicazione e di informazione cittadini-utenti;

analisi e ricerche sulla evoluzione dei bisogni dell'utenza e sulla qualità dei servizi erogati;

parere sul programma annuale di comunicazione di pubblica utilità, di cui all'articolo 12, comma 4, del decreto legislativo n. 29 del 1993, predisposto dal Dipartimento per l'informazione e l'editoria della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

XIV

Il Governo s'impegna ad adottare tutte le misure legislative, regolamentari ed amministrative necessarie a dare compiuta effettività ai contenuti della presente direttiva.

**TESTO DEL DECRETO-LEGGE 12 MAGGIO 1995, N. 163 COORDINATO CON
LA LEGGE DI CONVERSIONE 11 LUGLIO 1995, N. 273.**

**Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti
amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle
pubbliche amministrazioni**

(in Gazzetta Ufficiale 11 luglio 1995, n. 160).

Testo del decreto-legge 12 maggio 1995, n. 163 in Gazzetta Ufficiale- serie generale - n. 109 del 12 maggio 1995), coordinato con la legge di conversione 11 luglio 1995, n. 273 in questa stessa Gazzetta Ufficiale alla pag. 3), recante: <Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni>.

Avvertenza:

Il testo coordinato qui pubblicato è stato redatto dal Ministero di grazia e giustizia ai sensi dell'art. 11, comma 1, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, nonchè dell'art. 10, commi 2 e 3, del medesimo testo unico, al solo fine di facilitare la lettura sia delle disposizioni del decreto-legge, integrante con le modifiche apportate dalla legge di conversione, che di quelle modificate o richiamate nel decreto, trascritte nelle note. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui riportati.

Le modifiche apportate dalla legge di conversione sono stampate con caratteri corsivi.

A norma dell'art. 15, comma 5, della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri), le modifiche apportate dalla legge di conversione hanno efficacia dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

Art. 1.

(Soppresso dalla legge di conversione)

Art. 2.

Qualità dei servizi pubblici

1. Con decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri sono emanati schemi generali di riferimento di carte di servizi pubblici, predisposte, d'intesa con le amministrazioni interessate, dal Dipartimento della funzione pubblica per i settori individuati con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, ai sensi dell'articolo 5, comma 2, lettere *b), e), f)*, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e riportati nell'allegato elenco n. 2.

1-bis. *I decreti di cui al comma 1 tengono conto delle norme del "Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni" adottate con decreto del Ministro per la funzione pubblica.*

2. Gli enti erogatori di servizi pubblici, non oltre centoventi giorni dalla data di emanazione dei decreti di cui al comma 1, adottano le rispettive carte dei servizi pubblici sulla base dei principi indicati dalla direttiva e dello schema generale di riferimento, dandone adeguata pubblicità agli utenti e comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica.

Riferimenti normativi:

- Il testo dell'art. 5, comma 2, lettere *b), e)* ed *f)*, della legge n. 400/1988 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri) è il seguente:

"2. Il Presidente del Consiglio dei Ministri, ai sensi dell'art. 95, primo comma, della Costituzione:

a) (omissis);

b) coordina e promuove l'attività dei Ministri in ordine agli atti che riguardano la politica generale del Governo;

c)-d) (omissis);

e) adotta le direttive per assicurare l'imparzialità, il buon andamento e l'efficienza degli uffici pubblici e promuove le verifiche necessarie; in casi di particolare rilevanza può richiedere al Ministro competente relazioni e verifiche amministrative;

f) promuove l'azione dei Ministri per assicurare che le aziende e gli enti pubblici svolgano la loro attività secondo gli obiettivi indicati dalle leggi che ne definiscono l'autonomia e in coerenza con i conseguenti indirizzi politici e amministrativi del Governo”:

- Con decreto del Ministro per la funzione pubblica 31 marzo 1994, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* - serie generale - n. 149 del 28 giugno 1994, è stato adottato il codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni.

Art. 3.

Uffici relazioni con il pubblico

1. All'art. 12 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, dopo il comma 5, sono aggiunti i seguenti:

“5-bis. Il responsabile dell'ufficio per le relazioni con il pubblico e il personale da lui indicato possono promuovere iniziative volte, anche con il supporto delle procedure informatiche, al miglioramento dei servizi per il pubblico, alla semplificazione e all'*accelerazione* delle procedure e all'incremento delle modalità di accesso informale alle informazioni in possesso dell'amministrazione *e documenti amministrativi*.

5-ter. L'organo di vertice della gestione dell'amministrazione o dell'ente verifica l'efficacia dell'applicazione delle iniziative di cui al comma 5-bis, ai fini dell'inserimento della verifica positiva nel fascicolo personale del dipendente. Tale riconoscimento costituisce titolo autonomamente valutabile in concorsi pubblici e nella progressione in carriera del dipendente. Gli organi di vertice trasmettono le iniziative riconosciute ai sensi del presente comma al Dipartimento della funzione pubblica, ai fini di una adeguata pubblicizzazione delle stesse. Il Dipartimento annualmente individua le forme di pubblicazione.

5-quater. Le disposizioni di cui ai commi 5-bis e 5-ter, a decorrere dal 1° luglio 1997, sono estese a tutto il personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche”.

Riferimenti normativi.

- Si riporta il testo dell'art. 12 del Decreto Legislativo n. 29/1993 (Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art. 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), come sostituito dall'art. 7 del D. Lgs. 23 dicembre 1993, n. 546, poi modificato dal decreto qui pubblicato:

“Art. 12 (Ufficio relazioni con il pubblico). - 1. Le amministrazioni pubbliche, al fine di garantire la piena attuazione della legge 7 agosto 1990, n. 241, individuano, nell'ambito della propria struttura e nel contesto della ridefinizione degli uffici di cui all'art. 31, uffici per le relazioni con il pubblico.

2. Gli uffici per le relazioni con il pubblico provvedono anche mediante l'utilizzo di tecnologie informatiche:

a) al servizio all'utenza per i diritti di partecipazione di cui al capo III della legge 7 agosto 1990, n. 241;

b) all'informazione all'utenza relativa agli atti e allo stato dei procedimenti;

c) alla ricerca ed analisi finalizzate alla formulazione di proposte alla propria amministrazione sugli aspetti organizzativi e logistici del rapporto con l'utenza.

3. Agli uffici per le relazioni con il pubblico viene assegnato, nell'ambito delle attuali dotazioni organiche delle singole amministrazioni, personale con idonea qualificazione e con elevata capacità di avere contatti con il pubblico, eventualmente assicurato da apposita formazione.

4. Al fine di assicurare la conoscenza di normative, servizi e strutture, le amministrazioni pubbliche programmano ed attuano iniziative di comunicazione di pubblica utilità: in particolare, le amministrazioni dello Stato, per l'attuazione delle iniziative individuate nell'ambito delle proprie competenze, si avvalgono del Dipartimento per l'informazione e l'editoria della Presidenza del Consiglio dei Ministri quale struttura centrale di servizio, secondo un piano annuale di coordinamento del fabbisogno di prodotti e servizi, da sottoporre all'approvazione del Presidente del Consiglio dei Ministri.

5. Per le comunicazioni previste dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, non si applicano le norme vigenti che dispongono la tassa a carico del destinatario.

5-bis. Il responsabile dell'ufficio per le relazioni con il pubblico e il personale da lui indicato possono promuovere iniziative volte, anche con il supporto delle procedure informatiche, al miglioramento dei servizi per il pubblico, alla semplificazione delle procedure e all'incremento delle modalità di accesso informale alle informazioni in possesso dell'amministrazione.

5-ter. L'organo di vertice della gestione dell'amministrazione o dell'ente verifica l'efficacia dell'applicazione delle iniziative di cui al comma 5-bis, ai fini dell'inserimento della verifica positiva nel fascicolo personale del dipendente. Tale riconoscimento costituisce titolo autonomamente valutabile in concorsi pubblici e nella progressione in carriera del dipendente. Gli organi di vertice trasmettono le iniziative riconosciute ai sensi del presente comma al Dipartimento della funzione pubblica ai fini di una adeguata pubblicizzazione delle stesse. Il Dipartimento annualmente individua le forme di pubblicazione.

5-quater. le disposizioni di cui ai commi 5-bis e 5-ter, a decorrere dal 1° luglio 1997, sono estese a tutto il personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche.

La legge n. 241/1990, sopracitata, reca: "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi". Il capo III della predetta legge (articoli 7-13) tratta della partecipazione al procedimento amministrativo.

Art. 3-bis. Conferenza di servizi

1. Dopo il comma 2-bis dell'articolo 14 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni e integrazioni, è inserito il seguente:

"2-ter. Le disposizioni di cui ai commi 2 e 2-bis si applicano anche quando l'attività del privato sia subordinata ad atti di consenso, comunque denominati, di competenza di amministrazioni pubbliche diverse. In questo caso, la conferenza è convocata, anche su richiesta dell'interessato, dall'amministrazione preposta alla tutela dell'interesse pubblico prevalente".

Riferimenti normativi:

- Si riporta il testo dell'art. 14 della legge n. 241/1990 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi), come modificato dall'art. 2 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e dal decreto qui pubblicato:

“Art. 14. - 1. Qualora sia opportuno effettuare un esame contestuale di vari interessi pubblici coinvolti in un procedimento amministrativo, l'amministrazione procedente indice di regola una conferenza di servizi.

2. *La conferenza stessa può essere indetta anche quando l'amministrazione procedente debba acquisire intese, concerti, nullaosta o assensi comunque denominati di altre amministrazioni pubbliche. In tal caso, le determinazioni concordate nella conferenza sostituiscono a tutti gli effetti i concerti, le intese, i nullaosta e gli assensi richiesti.*

2-bis. *Qualora nella conferenza sia prevista l'unanimità per la decisione e questa non venga raggiunta, le relative determinazioni possono essere assunte dal Presidente del Consiglio dei Ministri, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri. Tali determinazioni hanno il medesimo effetto giuridico dell'approvazione all'unanimità in sede di conferenza di servizi:*

2-ter. *Le disposizioni di cui ai commi 2 e 2-bis si applicano anche quando l'attività del privato sia subordinata ad atti di consenso, comunque denominati, di competenza di amministrazioni pubbliche diverse. In questo caso, la conferenza è convocata, anche su richiesta dell'interessato, dall'amministrazione preposta alla tutela dell'interesse pubblico prevalente.*

3. Si considera acquisito l'assenso dell'amministrazione la quale, regolarmente convocata, non abbia partecipato alla conferenza o vi abbia partecipato tramite rappresentanti privi della competenza ad esprimerne definitivamente la volontà, salvo che essa non comunichi all'amministrazione procedente il proprio motivato dissenso entro venti giorni dalla conferenza stessa ovvero dalla data di ricevimento della comunicazione delle determinazioni adottate, qualora queste ultime abbiano contenuto sostanzialmente diverso da quelle originariamente previste.

4. Le disposizioni di cui al comma 3 non si applicano alle amministrazioni preposte alla tutela ambientale, paesaggistico-territoriale e della salute dei cittadini”.

Art. 3-ter.

Rimedi per l'inosservanza dei termini

1. Decorsi inutilmente i termini di conclusione dei procedimenti amministrativi di competenza delle amministrazioni statali, fissati ai sensi dell'articolo 2 della legge 7 agosto 1990, n. 241, l'interessato può produrre istanza al dirigente generale dell'unità responsabile del procedimento, il quale provvede direttamente nel termine di trenta giorni. Se il provvedimento è di competenza del dirigente generale l'istanza è rivolta al Ministro, il quale valuta se ricorrono le condizioni per l'esercizio del potere di avocazione regolato dall'articolo 14, comma 3, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, come sostituito dall'articolo 8 del decreto legislativo 23 dicembre 1993, n. 546, provvedendo in caso positivo entro trenta giorni dall'avocazione.

2. I servizi di controllo interno dei Ministeri, istituiti ai sensi dell'articolo 20 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, come sostituito dall'articolo 6 del decreto legislativo 18 novembre 1993, n. 470, e i servizi ispettivi compiono annualmente rilevazioni sul numero complessivo dei procedimenti non conclusi entro il termine determinato ai sensi dell'articolo 2 della legge 7 agosto 1990, n. 241. L'inosservanza di tale termine comporta accertamenti ai fini dell'applicazione delle sanzioni previste a carico dei dirigenti generali, dei dirigenti e

degli altri dipendenti dall'articolo 20, commi 9 e 10, e dall'articolo 59 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, come sostituiti, rispettivamente, dall'articolo 6 del decreto legislativo 18 novembre 1993, n. 470, e dall'articolo 27 del decreto legislativo 23 dicembre 1993, n. 546.

Riferimenti normativi:

- Si riporta il testo dell'art. 2 della legge n. 241/1990 recante nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi:

“Art. 2. - 1. Ove il procedimento consegua obbligatoriamente ad una istanza, ovvero debba essere iniziato d'ufficio, la pubblica amministrazione ha il dovere di concluderlo mediante l'adozione di un provvedimento espresso.

2. Le pubbliche amministrazioni determinano per ciascun tipo di procedimento, in quanto non sia già direttamente disposto per legge o per regolamento, il termine entro cui esso deve concludersi: Tale termine decorre dall'inizio di ufficio del procedimento o dal ricevimento della domanda se il procedimento è ad iniziativa di parte.

3. Qualora le pubbliche amministrazioni non provvedano ai sensi del comma 2, il termine è di trenta giorni.

4. Le determinazioni adottate ai sensi del comma 2 sono rese pubbliche secondo quanto previsto dai singoli ordinamenti”.

- Si riporta il testo dell'art. 14, comma 3, del D.Lgs. n. 29/1993 (Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 241), come sostituito dall'art. 8 del D. Lgs. 23 dicembre 1993, n. 546, dell'art. 20 del medesimo decreto, come sostituito dall'art. 6 del D. Lgs. 18 novembre 1993, n. 470, e dell'art. 59 dello stesso decreto, come sostituito dall'art. 27 del D.Lgs. 23 dicembre 1993, n. 546, poi modificato, da ultimo, dall'art. 2 del D.L. 28 giugno 1995, n. 260, in corso di conversione in legge:

“Art. 14 (*Indirizzo politico-amministrativo*), comma 3. - Gli atti di competenza dirigenziale non sono soggetti ad avocazione da parte del Ministro, se non per particolari motivi di necessità ed urgenza specificatamente indicati nel provvedimento di avocazione da comunicare al Presidente del Consiglio dei Ministri”.

“Art. 20 (*Verifica dei risultati. Responsabilità dirigenziali*). - 1. I dirigenti generali ed i dirigenti sono responsabili del risultato dell'attività svolta dagli uffici ai quali sono preposti, della realizzazione dei programmi e dei progetti loro affidati in relazione agli obiettivi dei rendimenti e dei risultati della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa incluse le decisioni organizzative e di gestione del personale. All'inizio di ogni anno, i dirigenti presentano al direttore generale e questi al Ministro, una relazione sull'attività svolta nell'anno precedente.

2. Nelle amministrazioni pubbliche, ove già non esistano, sono istituiti servizi di controllo interno, o nuclei di valutazione, con il compito di verificare, mediante valutazioni comparative dei costi e dei rendimenti, la realizzazione degli obiettivi, la corretta ed economica gestione delle risorse pubbliche, l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. I servizi o nuclei determinano almeno annualmente, anche su indicazione degli organi di vertice, i parametri di riferimento del controllo.

3. Gli uffici di cui al comma 2 operano in posizione di autonomia e rispondono esclusivamente agli organi di direzione politica. Ad essi è attribuito, nell'ambito delle dotazioni organiche vigenti, un apposito contingente di personale. Può essere utilizzato anche personale già collocato fuori ruolo. Per motivate

esigenze, le amministrazioni pubbliche possono altresì avvalersi di consulenti esterni, esperti in tecniche di valutazione e nel controllo di gestione.

4. I nuclei di valutazione, ove istituiti, sono composti da dirigenti generali e da esperti anche esterni alle amministrazioni. In casi di particolare complessità, il Presidente del Consiglio può stipulare, anche cumulativamente per più amministrazioni, convenzioni apposite con soggetti pubblici o privati particolarmente qualificati.

5. I servizi e nuclei hanno accesso ai documenti amministrativi e possono richiedere, oralmente o per iscritto, informazioni agli uffici pubblici. Riferiscono trimestralmente sui risultati della loro attività agli organi generali di direzione. Gli uffici di controllo interno delle amministrazioni territoriali e periferiche riferiscono altresì ai comitati di cui al comma 6.

6. I comitati provinciali delle pubbliche amministrazioni e i comitati metropolitani di cui all'articolo 18 del decreto-legge 24 novembre 1990, n. 344, convertito, con modificazioni dalla legge 23 gennaio 1991, n. 21, e al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 giugno 1992, si avvalgono degli uffici di controllo interno delle amministrazioni territoriali e periferiche.

7. All'istituzione degli uffici di cui al comma 2 si provvede con regolamenti delle singole amministrazioni da emanarsi entro il 1° febbraio 1994. E' consentito avvalersi, sulla base di apposite convenzioni di uffici già istituiti in altre amministrazioni.

8. Per la Presidenza del Consiglio dei Ministri e per le amministrazioni che esercitano competenze in materia di difesa e sicurezza dello Stato, di polizia e di giustizia, le operazioni di cui al comma 2 sono effettuate dal Ministro per i dirigenti e dal Consiglio dei Ministri per i dirigenti generali. I termini e le modalità di attuazione del procedimento di verifica dei risultati da parte del Ministro competente e del Consiglio dei Ministri sono stabiliti rispettivamente con regolamento ministeriale e con decreto del Presidente della Repubblica da adottarsi entro sei mesi, ai sensi dell'art. 17, della legge 23 agosto 1988, n. 400.

9. L'inosservanza delle direttive e i risultati negativi della gestione finanziaria tecnica e amministrativa comportano in contraddittorio, il collocamento a disposizione per la durata massima di un anno, con conseguente perdita del trattamento economico accessorio connesso alle funzioni. Per le amministrazioni statali tale provvedimento è adottato dal Ministro ove si tratti di dirigenti e dal Consiglio dei Ministri ove si tratti di dirigenti generali. Nelle altre amministrazioni provvedono gli organi amministrativi di vertice. Per effetto del collocamento a disposizione non si può procedere a nuove nomine a qualifiche dirigenziali. In caso di responsabilità particolarmente grave o reiterata, nei confronti dei dirigenti generali o equiparati, può essere disposto, in contraddittorio, il collocamento a riposo per ragioni di servizio, anche se non sia mai stato in precedenza disposto il collocamento a disposizione; nei confronti dei dirigenti si applicano le disposizioni del codice civile.

10. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di responsabilità penale, civile amministrativo-contabile e disciplinare previste per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche.

11. Restano altresì ferme le disposizioni vigenti per il personale delle qualifiche dirigenziali delle forze di polizia, delle carriere diplomatica e prefettizia delle Forze armate”.

“Art. 59 (*Sanzioni disciplinari e responsabilità*). - 1. per i dipendenti di cui all'articolo 2, comma 2, fatto salvo per i soli dirigenti generali quanto disposto dall'art. 20, comma 10, resta ferma la disciplina attualmente vigente in materia di responsabilità civile, amministrativa, penale e contabile per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche.

2. Ai dipendenti di cui all'art. 2, comma 2, si applicano l'art. 2106 del codice civile e l'art. 7, commi primo, quinto e ottavo, della legge 20 maggio 1970, n. 300.

3. Salvo quanto previsto dagli articoli 20, comma 1, e 58, comma 1, la tipologia e l'entità delle infrazioni e delle relative sanzioni possono essere definite dai contratti collettivi.

4. Ciascuna amministrazione, secondo il proprio ordinamento, individua l'ufficio competente per i procedimenti disciplinari. Tale ufficio, su segnalazione del capo della struttura in cui il dipendente lavora, contesta l'addebito al dipendente medesimo, istruisce il procedimento disciplinare e applica la sanzione. Quando le sanzioni da applicare siano rimprovero verbale e censura, il capo della struttura in cui il dipendente lavora provvede direttamente.

5. Ogni provvedimento disciplinare, ad eccezione del rimprovero verbale, deve essere adottato previo tempestiva contestazione scritta dell'addebito al dipendente, che viene sentito a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore ovvero, di un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato. Trascorsi inutilmente quindici giorni dalla convocazione per la difesa del dipendente, la sanzione viene applicata nei successivi quindici giorni.

6. Con il consenso del dipendente la sanzione applicabile può essere ridotta, ma in tal caso non è più suscettibile di impugnazione.

7. Ove, i contratti collettivi non prevedano procedure di conciliazione, entro venti giorni dall'applicazione della sanzione, il dipendente, anche per mezzo di un procuratore o dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato, può impugnarla dinanzi al collegio arbitrale di disciplina dell'amministrazione in cui lavora. Il collegio emette la sua decisione entro novanta giorni dall'impugnazione e l'amministrazione vi si conforma. Durante tale periodo la sanzione resta sospesa.

8. Il collegio arbitrale si compone di due rappresentanti dell'amministrazione e di due rappresentanti dei dipendenti ed è presieduto da un esterno all'amministrazione, di provata esperienza e indipendenza. Ciascuna amministrazione, secondo il proprio ordinamento, stabilisce, sentite le organizzazioni sindacali, le modalità per la periodica designazione di dieci rappresentanti dell'amministrazione e dieci rappresentanti dei dipendenti, che, di comune accordo, indicano cinque presidenti. In mancanza di accordo, l'amministrazione richiede la nomina dei presidenti al presidente del tribunale del luogo in cui siede il collegio. Il collegio opera con criteri oggettivi di rotazione dei membri e di assegnazione dei procedimenti disciplinari che ne garantiscano l'imparzialità.

9. Più amministrazioni omogenee o affini possono istituire unico collegio arbitrale mediante convenzione che ne regoli le modalità di costituzione e di funzionamento nel rispetto dei principi di cui ai precedenti commi.

10. Fino al riordinamento degli organi collegiali della scuola nei confronti del personale ispettivo tecnico, direttivo, docente ed educativo delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative statali applicano le norme di cui al titolo IV, capo II, del decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 417".

Art. 3-quater Servizio di controllo interno

1. Per le amministrazioni che non hanno adottato regolamento per l'istruzione del servizio di controllo interno o del nucleo di valutazione di cui all'articolo 20 comma 7, del decreto legislativo 3 febbraio 1993 n. 29 come sostituito dall'articolo 6 del decreto legislativo del 18 novembre 1993, n. 470, vigono, fino all'emanazione del citato regolamento, le disposizioni di cui al presente articolo.

2. *Il servizio di controllo interno è posto alle dirette dipendenze del Ministero in posizione di autonomia*

3. *Alla direzione del servizio di cui al comma 1 è preposto un collegio di tre membri costituito da due dirigenti generali appartenenti ai ruoli del Ministero cui appartiene il servizio di controllo interno, e da un membro scelto tra i magistrati delle giurisdizioni superiori amministrative, gli avvocati dello Stato, i professori universitari ordinari. Con unico decreto il Ministro competente provvede alla nomina del collegio e all'attribuzione delle funzioni di presidente del collegio stesso. Al servizio di controllo interno è assegnato un nucleo di sei dirigenti del ruolo del Ministero cui appartiene il servizio o che si trovino in posizione di comando presso lo stesso Ministero. Le funzioni di segreteria del collegio sono svolte da un contingente non superiore alle diciotto unità, appartenenti alle diverse qualifiche funzionali. Gli incarichi di cui al presente comma sono attribuiti senza oneri per lo Stato.*

4. *Le funzioni di controllo svolte dal servizio di cui al comma 1 si esercitano nei confronti dell'attività amministrativa del Ministero presso cui il servizio è istituito.*

5. *Il servizio di controllo interno ha il compito di verificare, mediante valutazioni comparative dei costi e dei rendimenti, la realizzazione degli obiettivi, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. In particolare esso:*

a) *accerta la rispondenza di risultati dell'attività amministrativa alle prescrizioni ed agli obiettivi stabiliti in disposizioni normative e nelle direttive emanate dal Ministro e ne verifica l'efficienza, l'efficacia e l'economicità nonché la trasparenza, l'imparzialità ed il buon andamento anche per quanto concerne la rispondenza dell'erogazione dei trattamenti economici accessori alla normativa di settore ed alle direttive del Ministro;*

b) *svolge il controllo di gestione sull'attività amministrativa dei dipartimenti, dei servizi e delle altre unità organizzative e riferisce al Ministro sull'andamento della gestione, evidenziando le cause dell'eventuale mancato raggiungimento dei risultati con la segnalazione delle irregolarità eventualmente riscontrate e dei possibili rimedi;*

c) *stabilisce annualmente, anche su indicazione del Ministro e d'intesa, ove possibile, con i responsabili dei dipartimenti, dei servizi e delle altre unità organizzative, i parametri e gli indici di riferimento del controllo sull'attività amministrativa.*

6. *Il servizio di controllo interno ha accesso ai documenti amministrativi e può richiedere ai dipartimenti, ai servizi ed alle altre unità organizzative, oralmente o per iscritto, qualsiasi atto o notizia e può effettuare e disporre ispezioni ed accertamenti diretti.*

7. *I risultati dell'attività del servizio sono riferiti trimestralmente al dirigente generale competente ed al Ministro.*

Riferimenti normativi:

-per il testo dell'art. 20 del D. Lgs. n. 29/1993 si veda in nota all'art. 3-ter.

Art. 3-quinquies
Conclusione di accordi

1. All'articolo 11 della legge 7 agosto 1990, n. 241, dopo il comma 1, è inserito il seguente:

"1-bis. al fine di favorire la conclusione degli accordi di cui al comma 1, il responsabile del procedimento può predisporre un calendario di incontri cui invita, separatamente o contestualmente, il destinatario del provvedimento ed eventuali controinteressati".

Riferimenti normativi:

-Si riporta il testo dell'art. 11 della legge 241/1990, più volte citata, come sopra modificato:

"Art.11.- 1. In accoglimento di osservazioni e proposte presentate a norma dell'art. 10, l'amministrazione procedente può concludere, senza pregiudizio dei diritti dei terzi, e in ogni caso nel perseguimento del pubblico interesse, accordi con gli interessati al fine di determinare il contenuto discrezionale del provvedimento finale ovvero, nei casi previsti dalla legge, in sostituzione di questo.

1-bis. Al fine di favorire la conclusione degli accordi di cui al comma 1, il responsabile del procedimento può predisporre un calendario di incontri cui invita, separatamente o contestualmente, il destinatario del provvedimento ed eventuali controinteressati.

2. Gli accordi di cui al presente articolo debbono essere stipulati, a pena di nullità, per atto scritto, salvo che la legge disponga altrimenti. Ad essi si applicano, ove non diversamente previsto, i principi del codice civile in materia di obbligazioni e contratti in quanto compatibili.

3. Gli accordi sostitutivi di provvedimenti sono soggetti ai medesimi controlli previsti per questi ultimi.

4. Per sopravvenuti motivi di pubblico interesse l'amministrazione recede unilateralmente dall'accordo, salvo l'obbligo di provvedere alla liquidazione di un indennizzo in relazione agli eventuali pregiudizi verificatesi in danno del privato.

5. Le controversie in materia di formazione, conclusione ed esecuzione degli accordi di cui al presente articolo sono riservate alla giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo".

Art. 4

Comunicazione per mobilità regionale e trasferimento di dipendente pubblico eccedente

1. Nel comma 14, primo periodo, dell'art.22 della legge 23 dicembre 1994, n.724 le parole: "possono parimenti dare comunicazioni di tale vacanze" sono sostituite dalle seguenti: "danno parimenti comunicazioni di tali vacanze".

2. Con decreto del Ministro per la funzione pubblica, di concerto con il Ministro del tesoro, il dipendente pubblico eccedente può essere trasferito, previo suo assenso, in altra pubblica amministrazione a richiesta di quest'ultima.

3. Il cinquanta per cento dei posti resisi liberi per cessazione dal servizio dal 1° settembre 1993 è riservato ai trasferimenti per mobilità del personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche, fatto salvo quanto disposto dall'art. 22, comma 9, della legge 23 dicembre 1994, n.724.

Riferimenti normativi:

-La legge n.724/1994 reca misure di razionalizzazione della finanza pubblica. Si trascrive il testo dei commi 6,7 e 8 (richiamati dal comma 9) e del comma 14 (come sopra modificato) del relativo art.22:

"6. Fino al 30 giugno 1995, e comunque fino a quando non sono definite le dotazioni organiche, previa verifica dei carichi di lavoro, è fatto divieto alle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e integrazioni, di assumere personale di ruolo ed a tempo indeterminato, ivi compreso quello appartenente alle categorie protette.

7. Successivamente al 30 giugno 1995 e fino al 31 dicembre 1997, ferme restando le disposizioni di cui agli articoli 1 e 2 del decreto legge 9 dicembre 1994, n. 676, si applicano le disposizioni contenute nell'art. 3, comma 8, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, fatta eccezione per la mobilità che può avvenire per la copertura del 50 per cento dei posti resisi vacanti per cessazioni dal servizio. Continuano ad applicarsi le norme vigenti in materia di mobilità nelle amministrazioni pubbliche. Il personale docente di ruolo nelle scuole di ogni ordine e grado in soprannumero o appartenente alle dotazioni organiche aggiuntive può essere utilizzato, secondo le modalità previste dalle vigenti disposizioni, negli istituti di istruzione secondaria superiore per il sostegno ai portatori di handicap purchè risulti in possesso del prescritto titolo di specializzazione.

8. Per il triennio 1995-1997 le amministrazioni indicate nel comma 6 possono assumere personale di ruolo ed a tempo indeterminato, esclusivamente in applicazione delle disposizioni del presente articolo, anche utilizzando gli idonei delle graduatorie di concorsi approvate dall'organo competente a decorrere dal 1° gennaio 1992, la cui validità è prorogata al 31 dicembre 1997. Fino al 31 dicembre 1997, in relazione all'attuazione dell'art. 89 del testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670, possono essere banditi concorsi e attuate assunzioni di personale per i ruoli locali delle amministrazioni pubbliche nella provincia di Bolzano, nei limiti delle dotazioni organiche di ciascun profilo professionale.

9. Le disposizioni di cui ai commi 6,7 e 8 non si applicano al personale delle amministrazioni di cui all'art. 3, comma 9, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, nonchè al personale del Corpo di polizia penitenziaria e del Corpo forestale dello stato. Per il personale del comparto scuola continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nell'art. 4 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, in materia di organici e di assunzione del personale di ruolo e non di ruolo. Per gli anni scolastici 1995-96 e 1996-97 i criteri di programmazione delle nuove nomine in ruolo del personale docente sono determinati con il decreto interministeriale previsto dal comma 15 del suddetto art. 4, in modo tale da contenere le assunzioni del personale docente sui posti delle dotazioni organiche provinciali, preordinate alle finalità di cui all'art. 3 del decreto interministeriale 15 aprile 1994, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 155 del 5 luglio 1994, entro il limite del 50 per cento delle predette dotazioni.

10-13. (*Omissis*)

14. Fermo restando quanto disposto dall'art. 24, comma 9, lettera a), del decreto-legge 2 marzo 1989, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 1989, n. 144, e successive modificazioni e integrazioni, gli enti locali della regione, che hanno dichiarato il dissesto e che abbiano ottenuto l'approvazione della pianta organica, del piano di risanamento e del bilancio riequilibrato, nei quali vi siano posti vacanti in organico non ricopribili con la riammissione di proprio personale messo in mobilità *danno parimenti comunicazioni di tali vacanze* alla Presidenza del consiglio- Dipartimento della funzione pubblica, ai fini del trasferimento, mediante la procedura di mobilità di ufficio, di dipendenti di identico livello posti in mobilità da altri enti della regione. Qualora non risultasse possibile, entro novanta giorni dall'avvenuta comunicazione, operare tali trasferimenti, detti enti possono procedere alla copertura dei posti vacanti mediante concorsi pubblici con facoltà di riservare una quota non superiore al 25 per cento dei posti messi a concorso a dipendenti già in servizio presso gli enti medesimi. In deroga ad ogni contraria disposizione, la quota del 25 per cento può essere superata fino a concorrenza del numero totale dei posti vacanti in organico

per i concorsi a posti della qualifica di dirigente. Per tali concorsi si applicano le disposizioni concernenti le prove, i requisiti per l'ammissione e le commissioni di concorso di cui all'art. 19, comma 2, ultima parte, all'art. 19, comma 3, ed agli articoli 3 e 20 del decreto del Presidente del consiglio dei ministri 21 aprile 1994, n.439 ".

Art. 4-bis

Procedura semplificata per studi e progetti

1. La procedura semplificata prevista dall'art. 17, comma 1, del decreto legislativo 12 febbraio 1993, n. 39, per l'approvazione degli studi di fattibilità e dei progetti di sviluppo, gestione e mantenimento dei sistemi informativi automatizzati da avviare nel corso degli anni 1993 e 1994, si applica anche ai progetti da avviare nel corso degli anni 1995 e 1996.

Riferimenti normativi:

-Il comma 1 dell'art. 17 del D. Lgs. n. 39/1993 (Norme in materia di sistemi informativi automatizzati delle amministrazioni pubbliche, a norma dell'art. 2, comma 1, lettera mm), della legge 23 ottobre 1992, n.421) prevede che: "Al fine di non ostacolare i processi di automazione in atto, in fase di prima attuazione del presente decreto l'Autorità propone al Presidente del Consiglio dei Ministri una procedura semplificata per l'approvazione degli studi di fattibilità e dei progetti di sviluppo, gestione e mantenimento dei sistemi informativi automatizzati da avviare nel corso degli anni 1993 e 1994".

Art. 4-ter

Pareri resi dall'Autorità di cui al decreto legislativo 12 febbraio 1993, n.39

1. L'articolo 8 del decreto legislativo 12 febbraio 1993, n. 39, è sostituito dal seguente:

"Art. 8.- 1. L'Autorità esprime parere obbligatorio sugli schemi dei contratti concernenti l'acquisizione di beni e servizi relativi ai sistemi informativi automatizzati per quanto concerne la congruità tecnico-economica, qualora il valore lordo di detti contratti sia superiore al doppio dei limiti di somma previsti dagli articoli 5, 6, 8 e 9 del regio decreto 18 novembre 1923, n.2440, come rivalutati da successive disposizioni. La richiesta di parere al Consiglio di stato è obbligatoria oltre detti limiti ed è in tali casi formulata direttamente dall'Autorità. La richiesta di parere al Consiglio di Stato sospende i termini previsti per il parere rilasciato dall'Autorità.

2. Il parere dell'Autorità è reso entro il termine di sessanta giorni dal ricevimento della relativa richiesta. Si applicano le disposizioni dell'articolo 16 della legge 7 agosto 1990, n. 241":

Riferimenti normativi:

-Il D.Lgs. n. 39/1993 reca: "Norme in materia di sistemi informativi automatizzati delle amministrazioni pubbliche, a norma dell'art. 2, comma 1, lettera mm), della legge 23 ottobre 1992, n.421".

-Gli articoli 5,6,8 e 9 del R. D. n. 2440/1923 (Nuove disposizioni sull'amministrazione del patrimonio e sulla contabilità generale dello Stato) così recitano:

" Art. 5.- I progetti di contratto devono essere comunicati al Consiglio di Stato, per averne parere, quando l'importo previsto superi le lire 600.000.000 se si tratta di contratti da stipularsi dopo pubblici incanti o le lire 300.000.000 se da stipularsi dopo privata licitazione o nel modo di cui al precedente articolo 4.

Il Consiglio di Stato darà il parere, tanto sulla regolarità del contratto, quanto sulla convenienza amministrativa, al quale duopo gli saranno forniti dai ministeri i documenti, le giustificazioni e le notizie che riterrà di chiedere.

Il parere del Consiglio di Stato sarà dal ministero comunicato alla Corte dei conti a corredo del decreto di approvazione del contratto, del quale viene chiesta la registrazione.

Per ragioni di evidente urgenza, prodotte da circostanze non prevedibili, da farsi risultare nel decreto di approvazione del contratto, potranno comunicarsi al Consiglio di Stato, prima dell'approvazione ministeriale, in luogo dei progetti di contratti, i verbali di aggiudicazione o gli schemi di contratto sottoscritti dalla parte".

"Art.6.- Qualora, per speciali ed eccezionali circostanze, che dovranno risultare nel decreto di approvazione del contratto, non possano essere utilmente seguite le forme indicate negli articoli 3 e 4, il contratto potrà essere concluso a trattativa privata.

Se l'importo previsto superi le lire 150.000.000 il progetto di contratto o, nel caso di cui al precedente art.5, comma ultimo, lo schema di contratto firmato dalla ditta contraente sarà, ai sensi dell'articolo medesimo, comunicato al Consiglio di Stato per il parere".

"Art.8- I servizi che per la loro natura debbono farsi in economia sono determinati e retti da speciali regolamenti approvati con decreto reale previo parere del Consiglio di Stato.

Quando ricorrano speciali circostanze potranno eseguirsi in economia, in base ad autorizzazione data con decreto motivato del Ministro, servizi non preveduti dai regolamenti. Sarà in tal caso sentito il Consiglio di Stato, ove l'importo superi le lire 60.000.000".

"Art.9- Qualora, nella esecuzione di un contratto, pel quale non sia intervenuto il parere del Consiglio di Stato, sorga la necessità di arreararvi mutamenti che ne facciano crescere l'ammontare oltre i limiti indicati negli articoli 5,6 e 7 prima che si provveda al pagamento finale, dovranno gli atti relativi comunicarsi al Consiglio di Stato per il parere.

Se trattasi di spese in economia gli atti dovranno comunicarsi al Consiglio di Stato, quando l'importo preveduto in cifra non eccedente le lire 60.000.000 venga nel fatto a superare tale somma".

I limiti di somma di cui agli articoli sopra riportati sono stati così elevati dall'art.20, comma 4, del DPR 20 aprile 1994, n. 367, con assorbimento dei precedenti aumenti.

-Il testo dell'art. 16 della legge n. 241/1990, più volte richiamata, è il seguente:

"Art. 16.-1 .Ove debba essere obbligatoriamente sentito un organo consultivo, questo deve emettere il proprio parere entro il termine prefissato da disposizioni di legge o di regolamento o, in mancanza, non oltre novanta giorni dal ricevimento della richiesta.

2. In caso di decorrenza del termine senza che sia stato comunicato il parere o senza che l'organo adito abbia rappresentato esigenze istruttorie, è facoltà dell'amministrazione richiedente di procedere indipendentemente dall'acquisizione del parere.

3. Le disposizioni di cui ai commi 1 e 2 non si applicano in caso di pareri che debbano essere rilasciati da amministrazioni preposte alla tutela ambientale, paesaggistico-territoriale e della salute dei cittadini.

4. Nel caso in cui l'organo adito abbia rappresentato esigenze istruttorie ovvero l'impossibilità, dovuta alla natura dell'affare, di rispettare il termine generale di cui al comma 1, quest'ultimo ricomincia a

decorrere, per una sola volta, dal momento della ricezione, da parte dell'organo stesso, delle notizie o dei documenti richiesti, ovvero dalla sua prima scadenza.

5. Qualora il parere sia favorevole, senza osservazioni, il dispositivo è comunicato telegraficamente o con mezzi telematici.

6. Gli organi consultivi dello Stato predispongono procedure di particolare urgenza per l'adozione dei pareri loro richiesti".

Art. 5.

Intervento straordinario nel Mezzogiorno e nelle aree depresse

1. Per lo svolgimento dei compiti di coordinamento, programmazione e vigilanza sul completamento dell'intervento straordinario nel Mezzogiorno e sul complesso dell'azione dell'intervento pubblico nelle aree depresse, attribuiti al Ministro del bilancio e della programmazione economica dal decreto legislativo 3 aprile 1993, n. 96, e successive modificazioni e integrazioni, ed anche ai fini della presentazione al Parlamento della relazione di cui all'articolo 6 del decreto-legge 24 aprile 1995, n.123, le amministrazioni competenti agli interventi sono tenute a presentare al Ministero del bilancio e della programmazione economica, entro il 30 giugno e il 30 dicembre di ogni anno, una relazione particolareggiata sullo stato di attuazione degli interventi stessi.

2. Nel caso di mancata attuazione degli interventi di cui al comma 1, nei termini previsti, il Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro del bilancio e della programmazione economica, sentita l'amministrazione interessata, nomina un commissario *ad acta* che provvede in sostituzione, avvalendosi dei servizi e delle strutture organizzative dell'amministrazione procedente ovvero di altre amministrazioni pubbliche.

Riferimenti normativi:

-Il D. Lgs. n. 96/1993 reca: "Trasferimento dei soppressi Dipartimento per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e Agenzia per la promozione dello sviluppo del Mezzogiorno, in attuazione dell'art. 3 della legge 19 dicembre 1992, n. 488".

-Il D.L. n. 123/1995, non convertito in legge per decorrenza dei termini costituzionali, recava misure dirette ad accelerare il completamento degli interventi pubblici e la realizzazione dei nuovi interventi nelle aree depresse. detto decreto è stato sostituito dal D.L. 23 giugno 1995, n. 244, in corso di conversione in legge, il cui art. 7 (del quale se ne trascrive il testo) sostituisce, con identica formulazione, l'art.6 del decreto legge non convertito:

"Art. 7 (*Relazione al Parlamento*). - 1. Il Governo riferisce annualmente al Parlamento sui criteri e sui parametri statistico-economici in base ai quali, in conformità delle decisioni adottate dall'Unione europea, sono individuate le aree oggetto di interventi agevolati. Il Governo riferisce altresì al Parlamento, in occasione della presentazione della relazione previsionale e programmatica, sull'andamento e sui risultati dell'intervento ordinario nelle aree depresse di cui al decreto-legge 22 ottobre 1992, n.415, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 1992, n.488, e successive modificazioni e integrazioni, nei territori degli obiettivi 1,2 e 5b e in quelli ammessi alla deroga dell'articolo 92, terzo comma, del trattato di Roma e sulle relative spese effettuate".

Art. 5-bis

Corsi-concorsi banditi dalla Scuola superiore della pubblica amministrazione

1. I corsi-concorsi previsti dall'articolo 28 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e integrazioni, sono banditi annualmente dalla Scuola superiore di pubblica amministrazione sulla base dei posti da coprire, annualmente determinati con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

2. Le spese relative ai corsi-concorsi di cui al comma 1 previste dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 aprile 1994, n. 439, sono a carico della Scuola superiore di pubblica amministrazione.

3. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, valutato in lire 10 miliardi per l'anno 1996 e in lire 17 miliardi a decorrere dall'anno 1997, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1995-1997, sul capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno 1995, parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo alla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

4. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti le occorrenti variazioni di bilancio.

5. Il comma 4 dell'articolo 28 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, è sostituito dal seguente:

"4. Il corso ha la durata massima di due anni ed è seguito, previo superamento d'esame-concorso intermedio, da un semestre di applicazione presso amministrazioni pubbliche o private, nonché presso le amministrazioni di destinazione. Al periodo di applicazione sono ammessi candidati in numero pari ai posti messi a concorso. Al termine, i candidati sono sottoposti ad un esame-concorso finale".

Riferimenti normativi:

-Si riporta il testo dell'art. 28 del D. Lgs. n. 29/1993 (Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia del pubblico impiego a norma dell'art. 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), come sostituito dall'articolo 15 del decreto legislativo 23 dicembre 1993, n. 546, poi modificato dal decreto qui pubblicato:

Art.28 (*Accesso alla qualifica di dirigente*). - 1. L'accesso alla qualifica di dirigente nelle amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, comprese le istituzioni universitarie, e negli enti pubblici non economici, ad eccezione del personale con qualifica di ricercatore e di tecnologo delle istituzioni e degli enti di ricerca e sperimentazione, avviene per concorso per esami indetto dalle singole amministrazioni, ovvero per corso-concorso selettivo di formazione presso la Scuola superiore della pubblica amministrazione. L'accesso alle qualifiche dirigenziali relative a professionalità tecniche avviene esclusivamente tramite concorso per esami indetto dalle singole amministrazioni.

2. Al concorso per esami possono essere ammessi i dipendenti di ruolo delle amministrazioni di cui al comma 1, provenienti dall'ex carriera direttiva, ovvero in possesso, a seguito di concorso per esami o per titoli ed esami, di qualifiche funzionali corrispondenti, che abbiano compiuto almeno cinque anni di servizio effettivo nella qualifica. In ambedue i casi è necessario il possesso del diploma di laurea. Possono essere altresì ammessi soggetti in possesso della qualifica di dirigente in strutture pubbliche o private, che siano muniti del prescritto titolo di studio.

3. Al corso-concorso selettivo di formazione possono essere ammessi, in numero maggiorato, rispetto ai posti disponibili, di una percentuale da stabilirsi tra il 25 e il 50%, candidati in possesso del diploma di laurea e di età non superiore a trentacinque anni. Per i dipendenti di ruolo di cui al comma 2 il limite di età è elevato a quarantacinque anni.

4. *Il corso ha durata massima di due anni ed è seguito, previo superamento di esame-concorso intermedio, da un semestre di applicazione presso amministrazioni pubbliche o private, nonché presso le amministrazioni di destinazione. Al periodo di applicazione sono ammessi candidati in numero pari ai posti messi a concorso. Al termine, i candidati sono sottoposti ad esame-concorso finale.*

5. Ai partecipanti al corso ed al periodo di applicazione è corrisposta una borsa di studio a carico della Scuola superiore della pubblica amministrazione. Gli oneri per le borse di studio, corrisposte ai partecipanti ai corsi per l'accesso alla dirigenza delle amministrazioni non statali, sono da queste rimborsati alla Scuola superiore.

6. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sono definiti, per entrambe le modalità di accesso:

a) le percentuali, sul complesso dei posti di dirigente disponibili, riservate al concorso per esami e, in misura non inferiore al trenta per cento, al corso-concorso;

b) la percentuale di posti da riservare al personale di ciascuna amministrazione che indice i concorsi per esame;

c) i criteri per la composizione e la nomina delle commissioni esaminatrici;

d) le modalità di svolgimento delle selezioni;

e) il numero e l'ammontare delle borse di studio per i partecipanti al corso-concorso e le relative modalità di rimborso di cui al comma 5.

7. Le amministrazioni di cui al comma 1 comunicano annualmente alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica il numero dei posti disponibili riservati alla selezione mediante corso-concorso.

8. Restano ferme le vigenti disposizioni in materia di accesso alle qualifiche dirigenziali delle carriere diplomatica e prefettizia, delle Forze armate e dei vigili del fuoco.

9. Nella prima applicazione del presente decreto e, comunque, non oltre tre anni dalla data della sua entrata in vigore, la metà dei posti della qualifica di dirigente conferibili mediante il concorso per esami di cui al comma 2 è attribuita attraverso concorso per titoli di servizio professionali e di cultura integrato al colloquio. Al concorso sono ammessi a partecipare i dipendenti in possesso di diploma di laurea, provenienti dalla ex carriera direttiva della stessa amministrazione od ente, ovvero assunti tramite concorso per esami in qualifiche corrispondenti, e che abbiano maturato un'anzianità di nove anni di effettivo servizio nella predetta carriera o qualifica. Il decreto di cui al comma 6 definisce i criteri per la composizione delle commissioni esaminatrici e per la valutazione dei titoli di servizio del personale che appartenga alle qualifiche ad esaurimento di cui agli articoli 60 e 61 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1972, n. 748, e 15 della legge 9 marzo 1989, n. 88. Per lo stesso periodo, al personale del Ministero dell'interno non compreso tra quello indicato nel comma 4 dell'articolo 2, continua ad applicarsi l'art. 1-bis del decreto legge 19 dicembre 1984, n. 858, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 1985, n.19.

- Il D.P.C.M. n. 439/1994 approva il regolamento relativo all'accesso alla qualifica di dirigente.

Art. 6.

Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

**DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 19 MAGGIO
1995**

**Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici
sanitari"**

(in Gazzetta Ufficiale 31 maggio 1995, n. 125).

SOMMARIO

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 19 maggio 1995. - Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari -	Pag. III
--	----------

LA CARTE DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI:

1. Presentazione	“	1
2. Indicazioni metodologiche per l'adozione degli standard	“	6
3. Informazione, accoglienza, tutela e partecipazione.....	“	17
4. Il ricovero ospedaliero	“	24
5. Accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche	“	29
6. La medicina generale e pediatria di libera scelta	“	34
7. Regolamento dei diritti e dei doveri dell'utente malato	“	40

ALLEGATI

INFORMAZIONI, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE:

Allegato 1	-	Regolamento di pubblica tutela	“	44
Allegato 2	-	Scheda segnalazioni	“	47

IL RICOVERO OSPEDALIERO:

Allegato 3	-	Opuscolo informativo	“	48
Allegato 3-bis	-	Consigli ed informazioni in occasione dei ricoveri ospedalieri	“	50
Allegato 4	-	Scheda informativa sul reparto di degenza	“	57
Allegato 4-bis	-	Le informazioni relative al reparto di degenza	“	58
Allegato 5	-	Questionario per i degenti ospedalieri	“	60

ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICHE:

Allegato 6/A	-	Questionario per la raccolta del giudizio degli utenti sul funzionamento del servizio (Prenotazione)	“	61
Allegato 6/B	-	Questionario per la raccolta del giudizio degli utenti sul funzionamento del servizio (Accettazione, prelievo, ..) ..	“	64
Allegato 6/C	-	Questionario per la raccolta del giudizio degli utenti sul funzionamento del servizio (Ritiro risposta)	“	66

LA MEDICINA GENERALE E PEDIATRICA DI LIBERA SCELTA:

Allegato 7	-	Regolamento dei diritti e dei doveri dell'utente malato ..	“	68
Allegato 8	-	Elenco dei diritti contenuti nelle carte proclamate a livello locale	“	72

LEGGI, DECRETI E ORDINANZE PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 19 maggio 1995.

Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari"

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Vista la propria direttiva del 27 gennaio 1994, concernente "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici";
Visto l'articolo 2, comma 1, del decreto-legge 12 maggio 1995, n. 163, recante "Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni".
Visto lo schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari" predisposto dal Dipartimento della funzione pubblica, d'intesa con il Ministero della Sanità;

Decreta:
Art. 1.

In attuazione dell'articolo 2, comma 1, del decreto-legge 12 maggio 1995, n. 163, è emanato l'allegato schema generale di riferimento, denominato "Carta dei servizi pubblici sanitari", predisposto dal Dipartimento della funzione pubblica, d'intesa con il Ministero della Sanità.

Art. 2.

I soggetti erogatori di servizi pubblici sanitari, anche in regime di concessione o mediante convenzione, adottano, ai sensi dell'articolo 2, comma 2, del citato decreto-legge, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le relative "Carte dei servizi", sulla base dei principi indicati dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 e dello schema generale di riferimento, dandone adeguata pubblicità agli utenti e inviandone copia al Dipartimento della funzione pubblica.

Art. 3.

Ai sensi della direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 27 gennaio 1994, il "Comitato per l'attuazione della carta dei servizi", istituito presso il Dipartimento della funzione pubblica, valuta gli standard di qualità adottati dai soggetti erogatori e indica, se nel caso, le correzioni da apportare.

Art. 4.

Il Dipartimento della funzione pubblica attiva iniziative di monitoraggio sull'attuazione del presente decreto e provvede ad inserirne i risultati nella relazione annuale al Parlamento sullo stato della pubblica amministrazione, predisposta ai sensi dell'articolo 30 della legge 28 ottobre 1970, n. 775 e successive modificazioni ed integrazioni. I risultati del monitoraggio sono, altresì, trasmessi ai servizi di controllo interno.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 19 maggio 1995

p. Il Presidente del Consiglio dei Ministri
Il Ministro per la funzione pubblica
FRATTINI

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della funzione pubblica

Ministero della Sanità

CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI

**Principi e criteri di attuazione, finalità,
materiale illustrativo**

1. PRESENTAZIONE

1.1 La "Carta dei servizi": quadro normativo e funzione

I **principali riferimenti** normativi in materia di Carta dei servizi sono:

- **legge 7 agosto 1990, n. 241** ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi") che ha dettato nuove regole per i rapporti tra i cittadini e le amministrazioni, viste nel momento dell'esercizio di poteri autoritativi;
- **Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994** ("Principi sull'erogazione dei servizi pubblici") che individua i principi cui deve essere uniformata progressivamente, in generale, l'erogazione dei servizi pubblici, anche se svolti in regime di concessione o mediante convenzione;
- **Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 ottobre 1994** ("Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico") che definisce i principi e le modalità per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico di cui all'art. 12 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive disposizioni correttive.

Se la legge 7 agosto 1990, n. 241 ha dettato principi e stabilito regole che valgono soprattutto nei rapporti dei cittadini con le amministrazioni-autorità, **la "Carta" intende incidere sui rapporti tra i cittadini-utenti e le amministrazioni che erogano i servizi.**

La "Carta" è essenzialmente volta alla tutela dei diritti degli utenti non si tratta di una tutela intesa come mero riconoscimento formale di garanzie al cittadino, ma di attribuzione allo stesso di un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati.

In particolare l'ente erogatore:

- adotta gli standard di quantità e di qualità del servizio di cui assicura il rispetto: è questo il principio cardine della "Carta dei servizi";
- pubblicizza gli standard adottati e ne informa il cittadino, verifica il rispetto degli standard ed il grado di soddisfazione degli utenti;
- garantisce il rispetto dello standard adottato, assicurando al cittadino la specifica tutela rappresentata da forme di rimborso nei casi in cui sia possibile dimostrare che il servizio reso è inferiore, per qualità e tempestività, allo standard pubblicato.

La Carta dei servizi assegna, dunque, un ruolo forte sia agli enti erogatori di servizi, sia ai cittadini nell'orientare l'attività dei servizi pubblici verso la loro "missione": fornire un servizio di buona qualità ai cittadini-utenti.

La Carta, inoltre, prevede le modalità, da pubblicizzare nei modi più opportuni, attraverso le quali gli stessi cittadini possano facilmente accedere alle procedure di reclamo circa la violazione dei principi sanciti dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994.

Nell'area della Sanità, la Carta dei servizi trova ulteriori specifici riferimenti rappresentati da:

- **decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502** ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modificazioni ed integrazioni - decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517) che rivede il tessuto organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale, istituendo le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, e che colloca il sistema organizzativo dei servizi a supporto del miglioramento, delle prestazioni e della tutela dei diritti del cittadino;
- **D.P.R. 28 novembre 1990, n. 384**, recante l'accordo di lavoro del comparto Sanità, che assume il miglioramento delle relazioni con l'utenza come obiettivo fondamentale dell'azione amministrativa e prevede l'approntamento di strumenti finalizzati alla tutela degli interessi degli utenti, alla più agevole utilizzazione dei servizi, all'informazione sui servizi stessi e alle procedure di reclamo;
- **Circolare del Ministero della Sanità 100/SCPS/3 5697 del 31 ottobre 1991** ("Iniziative per l'attuazione nel Servizio Sanitario Nazionale delle norme della legge 7 agosto 1990, n. 241, miranti al miglioramento dei rapporti tra Pubblica Amministrazione e cittadini") che richiama l'attenzione delle unità sanitarie locali sulla necessità di attuare provvedimenti tesi ad assicurare trasparenza ed efficacia all'azione amministrativa suggerendo misure concrete quali l'adozione del cartellino di identificazione del personale del Servizio Sanitario, l'istituzione degli uffici di informazione e pubbliche relazioni, la verifica della segnaletica e della modulistica utilizzata dai cittadini per l'accesso alle prestazioni sanitarie.

1.2 La "Carta dei servizi" e la sanità

Il sistema sanitario è il primo settore che intende misurarsi con la logica del nuovo metodo della garanzia della qualità offerto dalla "Carta dei servizi".

La Sanità è un settore che gestisce servizi indispensabili per la totalità della popolazione.

Per questo motivo è un settore particolarmente adatto per attuare gli irrinunciabili obiettivi della "Carta".

D'altra parte, il sistema sanitario appare particolarmente sensibile e maturo per affrontare questi temi. Si considerino in particolare i seguenti segnali positivi:

- **l'art. 14 del citato decreto legislativo 502/1992** sul riordino della disciplina in materia sanitaria **fissa alcuni principi in materia di partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini che sono in assoluta coerenza con quelli della "Carta dei servizi". La norma investe, con l'autorevolezza della legge, tutti i temi cardine della "Carta dei servizi" individuando nella personalizzazione, nell'umanizzazione, nel diritto all'informazione, nelle prestazioni alberghiere e nell'andamento dell'attività di prevenzione i principali fattori della qualità dei servizi sanitari.**La stessa norma, poi:
 - prevede la definizione di un sistema nazionale di indicatori per la misurazione della qualità, individuando le procedure per verificare l'andamento dei servizi e fissare gli interventi per l'ulteriore miglioramento degli stessi;
 - pone a carico delle aziende l'obbligo di attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
 - afferma il diritto al reclamo contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria e fissa le procedure di presentazione del reclamo stesso;
 - impegna le aziende sanitarie a rilevare ed analizzare i segnali di disservizio ed individua le figure responsabili dell'adozione delle misure necessarie per rimuovere i disservizi stessi;
 - assicura la consultazione dei cittadini e delle loro organizzazioni di tutela dei diritti sull'organizzazione dei servizi e sulla verifica della qualità;
- il censimento delle iniziative innovative nel settore dei rapporti con i cittadini, effettuata a seguito della circolare del Ministero della Sanità del 1991, richiamata tra i riferimenti normativi, ha rilevato la presenza di una notevole capacità dei servizi delle unità sanitarie locali di rispondere positivamente a sollecitazioni innovative;
- infine, le unità sanitarie locali hanno da tempo avviato iniziative anche nell'ambito della qualità come dimostra la partecipazione a premi internazionali della qualità, come il Golden Helix Award, la partecipazione ad iniziative nazionali come il progetto pilota del Dipartimento della funzione pubblica denominato "Cento

progetti" e, in talune unità sanitarie locali, le prime esperienze di applicazione della "Carta dei servizi".

Il Servizio Sanitario Nazionale è chiamato ora a dare un segnale concreto nella direzione di una pratica attuazione dei principi enunciati.

La "Carta dei servizi" del settore sanitario è un documento da interpretare in chiave dinamica e parte come processo che troverà sviluppi e personalizzazione presso le singole realtà erogatrici e che sarà soggetto a continui momenti di verifica, miglioramenti e integrazioni. L'intervento chiama in causa, accanto ai soggetti erogatori dei servizi, le Regioni quali entità cui compete istituzionalmente la programmazione, il finanziamento, l'organizzazione, la gestione ed il controllo delle attività destinate alla tutela della salute.

Il presente documento contiene le indicazioni dei criteri, principi e metodologie più adeguati.

Sulla base di queste indicazioni i responsabili delle USL dovranno definire specifiche strategie di attuazione della "Carta".

Il documento base predisposto dai gruppi di lavoro coordinati dal Dipartimento della funzione pubblica riguarda per il momento alcuni aspetti dei Servizi Sanitari, quali:

- **l'informazione, la tutela e la partecipazione degli utenti del Servizio Sanitario Nazionale;**
- **il ricovero ospedaliero;**
- **l'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche;**
- **il rapporto tra utenti delle unità sanitarie locali e i medici di base.**

Le ragioni di questa prima e necessaria limitazione di ambiti vanno ricercate nell'esigenza di focalizzare in una prima fase l'attenzione e l'impegno sugli aspetti più rilevanti e più significativi delle attività facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale, toccando temi di generale interesse e di più ampia aspettativa.

I gruppi di lavoro impegnati nella formulazione dei documenti sono perfettamente consapevoli del fatto che altri e non meno importanti momenti del rapporto tra cittadino e sanità pubblica non sono stati presi in considerazione: i problemi socio-sanitari della terza età, quelli dei bambini, degli handicappati, dei malati cronici e terminali, i problemi della prevenzione medica e ambientale e così di seguito; ma a questa pur piena consapevolezza della vastità, gravità e complessità dei problemi da affrontare ha fatto da contrappeso l'esigenza di partire concretamente con una prima parte più generale e di comune interesse, fermo restando l'impegno a completare in una seconda fase la valutazione di ogni altra tematica di natura sanitaria.

E', altresì, auspicabile che le unità sanitarie locali provvedano a sviluppare, nell'ambito dell'opera di personalizzazione della "Carta", altri settori di particolare

rilevanza sociale, quali le procedure amministrative per il riconoscimento dell'invalidità civile, la disciplina per la distribuzione e l'erogazione di protesi, la valutazione di qualità del servizio di assistenza socio-sanitaria riabilitativa per cittadini non autosufficienti ed altri ancora.

Il documento proposto è naturalmente aperto ai contributi di idee ed esperienza di quanti, a diverso titolo, operano nella realtà sanitaria del nostro Paese.

1.3 Il processo di attuazione della "Carta dei servizi pubblici sanitari"

Il processo di attuazione della "Carta dei servizi" nel settore Sanità è basato sulla definizione di "Carte" specifiche da parte di ciascuna struttura sanitaria (Aziende USL e Aziende Ospedaliere) e coinvolge, con ruoli diversi, le strutture locali e quelle centrali.

A livello locale, le USL e gli Ospedali definiscono i propri fattori e indicatori di standard di qualità impegnando la metodologia e i materiali qui contenuti e ulteriori indicazioni che saranno eventualmente fornite dalle Regioni. Le strutture sanitarie, nell'applicazione della metodologia, tengono conto delle caratteristiche specifiche dei servizi forniti, dell'utenza di riferimento, delle tecnologie disponibili e dei programmi di sperimentazione in atto.

La verifica del rispetto degli standards individuati viene promossa periodicamente dalla USL e realizzata anche con la collaborazione dei cittadini e delle loro organizzazioni secondo il modello della analisi partecipata della qualità (APQ).

A livello centrale, il Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi pubblici, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica, svolge i compiti che gli sono attribuiti dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994.

Presso il Dipartimento della funzione pubblica è costituito un "Gruppo di lavoro" composto da rappresentanti dello stesso Dipartimento e del Ministero della Sanità e da Dirigenti di Aziende sanitarie locali, con finalità di raccordo, a livello di assistenza e consulenza, per le esigenze attuative delle USL e le determinazioni di competenza del Comitato permanente.

Tutti i modelli di Carta dei servizi sanitari devono contenere i principi fondamentali stabiliti dalla Direttiva citata, che di seguito si richiamano

- **Eguaglianza**
- **Imparzialità**
- **Continuità**
- **Diritto di scelta**
- **Partecipazione**

- **Efficienza ed efficacia**

2. INDICAZIONI METODOLOGICHE PER L'ADOZIONE DEGLI STANDARD

2.1 Elementi introduttivi

E' opportuno chiarire soprattutto la differenza tra fattori di qualità, indicatori di qualità e standard di qualità.

I fattori di qualità di un servizio sono gli aspetti rilevanti per la percezione delle qualità del servizio da parte dell'utente che fa l'esperienza concreta di quel servizio. I fattori possono essere aspetti oggettivi (qualitativi o quantitativi), o soggettivi, rilevabili cioè solo attraverso la raccolta della percezione dell'utenza.

Gli indicatori di qualità sono variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano un certo fenomeno, ritenuto appunto "indicativo" di un fattore di qualità.

Uno standard di qualità è un valore atteso per un certo indicatore: gli standard a loro volta si suddividono tra standard generali e standard specifici. **Gli standard generali** rappresentano obiettivi di qualità che si riferiscono al complesso delle prestazioni rese, e sono espressi in genere da valori medi statistici degli indicatori: **gli standard specifici** si riferiscono invece a ciascuna delle singole prestazioni rese all'utente, che può verificarne direttamente il rispetto, e sono espressi in genere da una soglia massima o minima relativa ai valori che l'indicatore può assumere.

Per facilitare la comprensione di queste affermazioni si consideri l'esempio contenuto nella seguente tabella:

Tab. 1 - Esempi di fattori, indicatori e standard di qualità

FATTORE DI QUALITÀ	INDICATORI DI QUALITÀ	STANDARD DI QUALITÀ
Semplicità di prenotazione di una visita	Esistenza di un centro telefonico di prenotazione	Numero di USL con centro telefonico di prenotazione - 20% del totale USL nella regione (standard generale)
Tempestività per prenotare una visita	Tempo tra la prenotazione e la visita (in giorni)	Massimo numero di giorni per ottenere una visita = 10 (standard specifico)

2.2 Metodologia per la determinazione di fattori, indicatori e standard di qualità

Con l'adesione alla "Carta dei servizi" del settore Sanità **ogni USL**, partendo dall'analisi delle esigenze della propria utenza specifica, **dovrà individuare i propri indicatori di qualità e fissare i propri standard di qualità (generali e specifici).**

Infatti, è importante sottolineare che la "Carta dei servizi" non fissa centralmente gli standard di qualità del servizio, ma lascia ai singoli responsabili la possibilità di fissare gli standard più opportuni per la loro realtà.

Per tale motivo questo documento dà indicazioni, criteri di attuazione, linee guida e materiali esemplificativi, ma non modifica né leggi né regolamenti sanitari.

Saranno le strutture sanitarie a cogliere l'opportunità di cambiamento - anche organizzativo - che l'adozione dei principi della "Carta" offre e sollecita.

Nello spirito della "Carta dei servizi" gli standard della qualità del servizio devono riguardare l'intera esperienza del cittadino che viene a contatto con le strutture sanitarie (per es. l'ospedale, o il poliambulatorio specialistico), e devono toccare tutti i fattori percepibili dall'utente.

A questo proposito è però da sottolineare che la qualità tecnica della prestazione sanitaria esula dal tema della qualità del servizio.

Questo delicato e complesso argomento richiede infatti strumenti adatti generalmente non disponibili all'utenza del servizio sanitario, come le metodologie di verifica e revisione della qualità, indicate dall'art. 10 del Decreto Legislativo 502.

A partire dall'esperienza dell'utente, dunque, devono essere individuati i fattori della qualità del servizio da cui derivare indicatori e standard.

Nel seguito viene presentato un metodo in cinque passi a questo scopo.

Le indicazioni di metodo che seguono sono corredate da esempi relativi al ricovero in ospedale, alle prestazioni diagnostiche e specialistiche, al rapporto con il medico di base.

Su questi stessi argomenti oltre alle indicazioni di metodo si aggiungono nei materiali allegati anche numerosi esempi concreti di regolamenti, questionari, opuscoli informativi, lettere, moduli, ecc..

Passo primo: analizzare l'esperienza dell'utente

Il modo migliore per costruire i fattori della qualità a partire dall'esperienza dell'utente è quello di **ripercorrere l'esperienza del paziente**, analizzando tutti i

momenti del suo percorso della sua permanenza nella struttura o del suo contatto con gli erogatori del servizio sanitario.

L'esperienza dell'utente rappresenta infatti il punto di partenza per l'analisi della qualità del servizio.

La seguente tabella riporta esempi di "momenti dell'esperienza del paziente" per un caso di ricovero in una struttura ospedaliera per un caso di visita o altra prestazione in un poliambulatorio specialistico o presso un medico di base.

Tab. 2 - Esempi di momenti dell'esperienza del paziente in tre casi tipici

RICOVERO IN OSPEDALE
Intervento di emergenza
Visita in pronto soccorso
Richiesta di ricovero
Ingresso in ospedale per ricovero
Alloggio
Distribuzione vitto
Utilizzo servizi igienici
Acquisto giornali, bevande, ecc.
Uso del telefono
Visite mediche ed accertamenti
Trattamenti terapeutici
Visite dei familiari
Assistenza alla persona
Decesso in ospedale
Relazioni con il personale
Dimissione sanitaria
Consegna cartella clinica
Pagamenti, rimborsi, ecc.
Compilazione questionari soddisfazione
Compilazione schede reclami

VISITA IN AMBULATORIO

Scelta dell'ambulatorio

Prenotazione della prestazione

Pagamento del ticket

Accesso alla struttura

Attesa

Visita specialistica

Esami strumentali e di laboratorio

Uso dei servizi igienici

Accompagnamento parenti

Assistenza alle persone

Relazioni con il personale

Consegna documentazione sanitaria

Ritorno per ritiro referti

Consegna referti

Rimborsi o pagamenti aggiuntivi

Rilevazione della soddisfazione

Inoltro reclami

MEDICINA DI BASE

Scelta del medico di base

Attesa per visita ambulatoriale

Visita ambulatoriale

Prestazioni integrative ambulatoriali

Richiesta di visita domiciliare

Visita domiciliare

Assistenza domiciliare integrata

Revoca del medico di base

Passo secondo: individuazione dei fattori di qualità

Per individuare i fattori della qualità di un servizio sanitario è necessario ricondursi dapprima a una serie di dimensioni generali che indicano i principali aspetti di qualità nelle attese dell'utenza.

Ricordando che sono escluse le dimensioni relative alla qualità tecnica (competenza, affabilità, sicurezza, ecc.) la qualità del servizio in sanità ruota intorno alle seguenti dimensioni:

1. **gli aspetti legati al tempo**, come la tempestività (velocità del servizio, brevità delle liste e delle file di attesa, ecc.), la puntualità, la regolarità (rispetto di programmi prefissati e comunicati);
2. **gli aspetti legati alla semplicità delle procedure**, come la comodità di poter operare le richieste telefonicamente, o la facilità degli adempimenti amministrativi;
3. **gli aspetti legati all'informazione** relativa al trattamento sanitario: comprensibilità, chiarezza, completezza;
4. **gli aspetti legati all'orientamento e all'accoglienza** all'ingresso nelle strutture sanitarie, comprensivi della segnaletica, del servizio di reception e della necessaria informazione generale sui servizi (orari e collocazione dei servizi, nomi dei responsabili, modalità di richiesta, ecc.);
5. **gli aspetti legati alle strutture fisiche**: il comfort e la pulizia delle strutture alberghiere, dei servizi, delle sale di attesa;
6. **gli aspetti legati alle relazioni sociali e umane**: la personalizzazione e l'umanizzazione del trattamento, la capacità di rassicurazione, la cortesia e il rispetto della dignità, ecc.

Il secondo passo della metodologia consiste dunque **nell'individuare i fattori di qualità del servizio di un certo servizio attraverso l'incrocio tra i momenti dell'esperienza del paziente con le dimensioni generali della qualità del servizio suddetti.**

Le tabelle 3.1, 3.2 e 3.3 indicano questi incroci di rilevanza per i tre esempi presentati al passo precedente.

Ogni incrocio corrisponde a un fattore di qualità, in cui la dimensione generale di qualità del servizio deve essere declinata sulle caratteristiche specifiche dell'esperienza in questione.

Tab. 3.1 - Aspetti rilevanti di qualità del servizio per il ricovero ospedaliero

RICOVERO OSPEDALIERO	DIMENSIONI DELLA QUALITÀ DEL SERVIZIO					
	Tempestività, puntualità, regolarità	Semplicità delle procedure	Orientamento accoglienza e informazione sui servizi	Completezza e chiarezza della informazione sanitaria	Comfort, pulizia e condizioni di attesa	Personalizzazione e umanizzazione
<i>Momenti dell'esperienza</i>						
Intervento di emergenza	●		●			
Visita in pronto soccorso			●	●	●	●
Richiesta di ricovero	●	●		●		
Ingresso in osp. per ricov.			●			
Alloggio					●	
Distribuzione vitto	●				●	
Utilizzo serv. igienici					●	●
Acquisto giornali, bevande					●	
Uso del telefono		●				●
Visite mediche e accertam.	●			●	●	●
Trattamenti terapeutici				●		●
Visite dei familiari			●			●
Assistenza alla persona						●
Decesso in ospedale						●
Relazioni con personale				●		●
Dimissione sanitaria				●		
Consegna cartella clinica	●	●				
Pagamenti, rimborsi ecc.		●				
Compil.questionari soddisf.		●				
Inoltro reclami	●	●				

Tab. 3.2 - Aspetti rilevanti di qualità del servizio per le prestazioni specialistiche

VISITA IN AMBULATORIO	DIMENSIONI DELLA QUALITÀ DEL SERVIZIO					
	Tempestività, puntualità, regolarità	Semplicità delle procedure	Orientamento accoglienza e informazione sui servizi	Completezza e chiarezza della informazione sanitaria	Comfort, pulizia e condizioni di attesa	Personalizzazione e umanizzazione
<i>Momenti dell'esperienza</i>						
Scelta dell'ambulatorio			●			
Prenotazione prestazione	●	●	●			●
Pagamento ticket		●				
Accesso alla struttura			●			
Attesa	●				●	
Visita specialistica				●		●
Esami strumentali e di lab.	●					●
Uso dei servizi igienici					●	
Accompagnamento parenti						●
Assistenza alle persone						●
Relazioni con il personale				●		●
Consegna docum. sanitaria		●				
Ritorno per ritiro referti						●
Consegna referti		●				
Rimborsi o pagam. aggiunt.		●				
Rilevazione soddisfazione		●				
Inoltro reclami	●	●				

Tab. 3.3- Aspetti rilevanti di qualità del servizio per il rapporto con il medico di base

RAPPORTO CON IL MEDICO DI BASE <i>Momenti dell'esperienza</i>	DIMENSIONI DELLA QUALITÀ DEL SERVIZIO					
	Tempestività, puntualità, regolarità	Semplicità delle procedure	Orientamento accoglienza e informazione sui servizi	Completezza e chiarezza della informazione sanitaria	Comfort, pulizia e condizioni di attesa	Personalizzazione e umanizzazione
Scelta del medico di base		●	●			
Attesa per visita ambulator.	●				●	
Visita ambulatoriale				●		●
Prestazioni integrative amb.						●
Prescrizioni e rich. special.				●		
Richiesta visita domiciliare	●					
Visita domiciliare				●		●
Assistenza domic. integrata						●
Revoca del medico di base		●		●		

Passo terzo: strutturazione dei fattori di qualità (albero della qualità)

I fattori di qualità individuati al passo precedente vanno accorpati in un modello ad albero (struttura a livelli).

Lo scopo di questa rappresentazione è quello di individuare delle aree omogenee di fattori, in modo che siano possibili delle letture di sintesi, mantenendo però al contempo la lista di insieme su tutti i fattori e le fasi dell'esperienza dell'utente.

L'albero della qualità costituisce quindi una "mappa del miglioramento" di efficace impatto comunicativo sia per il cittadino sia per gli operatori del servizio sanitario.

Per la definizione dell'albero della qualità è utile seguire le seguenti raccomandazioni:

- al primo livello è opportuno collocare le principali fasi dell'esperienza dell'utente, in modo da dare la massima evidenza al percorso dell'utente nella struttura sanitaria; considerando ad esempio il caso del ricovero ospedaliero vanno sottolineati gli aspetti di ingresso, permanenza e uscita dalla struttura, mentre nel caso della visita o prestazione specialistica vanno messi in evidenza il primo contatto per la richiesta e la prenotazione, la prestazione vera e propria e l'eventuale ritorno per il ritiro del referto;
- al secondo livello dell'albero, all'interno di ciascuna delle fasi di primo livello, vanno individuate le sotto-fasi, se esistono, oppure le classi di fattori omogenei (es. aspetti alberghieri, aspetti sanitari, aspetti amministrativi, ecc.).

Le figure 4.1, 4.2 e 4.3 da pag.41 propongono esempi di albero della qualità per i tre casi già trattati, coerenti con le matrici presentate al passo precedente.

Passo quarto: passaggio dai fattori agli indicatori di qualità

I fattori di qualità, organizzati nel modello suggerito al passo precedente, devono essere successivamente trasformati in indicatori di qualità, cioè in variabili quantitative o in parametri qualitativi che indicano, appunto, la qualità di un determinato fattore riferito ad uno specifico servizio

Gli indicatori di qualità del servizio possono essere di diversi tipi:

- indicatori di processo, derivanti da misure o valutazioni effettuate in continuo sullo svolgimento delle attività;
- indicatori di struttura, derivanti da rilevazioni periodiche sullo stato delle strutture fisiche e delle procedure;

- indicatori di esito, che nel caso della qualità del servizio assumono la forma di indicatori di soddisfazione degli utenti, derivanti da valutazioni degli utenti raccolte con appositi strumenti.

I fattori di qualità si prestano in modo diverso a essere tradotti in indicatori; i fattori attinenti alla qualità del servizio, come l'informazione, la personalizzazione e umanizzazione, sono in genere esprimibili con la massima efficacia solo con indicatori di soddisfazione, anche se è possibile talora ricorrere anche a indicatori di struttura.

D'altra parte, i fattori di qualità attinenti alla dimensione temporale della qualità del servizio (tempestività, regolarità, puntualità, ecc.) sono quelli che meglio si prestano ad essere espressi da indicatori di processo in forma quantitativa.

Ovunque sia possibile si suggerisce l'introduzione sia di indicatori interni (di processo o di struttura), sia di indicatori esterni (di soddisfazione dell'utente), per effettuare confronti.

Non è il numero di indicatori identificati che dà spessore all'iniziativa, quanto la loro reale gestibilità nel contesto operativo della USL.

Inizialmente si suggerisce di orientare gli sforzi di miglioramento su pochi indicatori semplici, rappresentativi delle reali priorità del servizio e delle iniziative di miglioramento in corso, anche in attesa dell'adozione del provvedimento attuativo dell'art. 14, comma 1), del Decreto legislativo 502/92.

Passo quinto: fissare gli standard, verificare i risultati ed aggiornare gli standard

Gli standard, come già detto, si distinguono tra standard generali (che si riferiscono al complesso delle prestazioni rese) e standard specifici (che si riferiscono alle singole prestazioni rese all'utente).

Gli standard specifici possono essere fissati solo su indicatori di processo, perché è necessario avere la rilevazione continua del fenomeno per poterla riferire alla singola prestazione resa all'utente.

È evidente che fissare uno standard specifico è più impegnativo nei confronti del singolo utente, anche se ogni tipo di standard rappresenta una forma di impegno sulla qualità del servizio.

È per questo che la "Carta dei servizi" si limita a fissare le linee generali del meccanismo di controllo (adozione di standard, informazione, valutazione, reclami, rimborsi, ecc.), e lascia agli enti erogatori di servizi pubblici (per esempio, le singole USL o Aziende Ospedaliere) la facoltà di individuare propri standard generali e specifici, nonché di migliorare progressivamente i livelli attesi di qualità.

In questo modo, infatti, ogni ente erogatore può concentrarsi sulle proprie priorità, valutando la rilevanza e la fattibilità degli obiettivi e delle azioni di miglioramento.

Si tratta di innescare un processo di miglioramento centrato sulle esigenze degli utenti e che coinvolga gli operatori, con la necessaria gradualità.

E' fondamentale, quindi, individuare valori di riferimento (standard) realistici e focalizzati sulle priorità del miglioramento del servizio.

Solo l'analisi specifica della situazione locale permette di individuare i fattori, gli indicatori e gli standard di qualità più appropriati.

La metodologia qui descritta è da intendersi come un ausilio per procedere sulla strada della qualità del servizio, ma non può essere utilizzata senza la comprensione della singola realtà sanitaria e l'individuazione degli obiettivi di miglioramento.

Questo è un compito che solo il management delle strutture sanitarie può portare avanti, nell'ambito delle indicazioni e delle metodologie suggerite centralmente.

3. INFORMAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE

(per questa parte consultare anche gli allegati 1 da pag. 44 e 2 a pag. 47)

La chiarezza e la tempestività dell'informazione da fornire agli utenti è un fattore fondamentale che ogni Carta dei servizi sanitari deve contenere, poiché tale fattore è alla base di un buon rapporto tra soggetto erogatore ed utente. L'informazione deve essere data in termini chiari, da personale preparato, gentile, disponibile, accondiscendente e paziente.

In attuazione della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, che individua i principi fondamentali a cui devono ispirarsi i servizi pubblici, **ogni Unità Sanitaria Locale**, così come sancito dall'art.14 del Decreto Legislativo 502/92, **deve garantire agli utenti le seguenti funzioni**

- 1) Informazione**
- 2) Accoglienza**
- 3) Tutela**
- 4) Partecipazione**

Tali funzioni sono assicurate tramite l'istituzione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) di cui all'art.12 del decreto legislativo 29/93 ed alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 ottobre 1994.

L'organizzazione dell'URP è definita a livello locale nel rispetto della legislazione regionale e tenuto conto delle esperienze maturate con le Associazioni di Volontariato e di tutela dei diritti degli utenti.

L'URP, dovendo rapportarsi con tutta la struttura di riferimento, è collocato a livello di staff della Direzione USL.

L'attività del suddetto ufficio è rivolta all'esterno (informazione all'utenza) ed all'interno della struttura (ricezione ed istruttoria della domanda, trasmissione della domanda ai servizi) per la valutazione dell'efficacia ed efficienza dei servizi erogati.

3.1 Informazione

La funzione relativa all'informazione, in armonia con il principio di partecipazione, deve sviluppare in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e relative modalità di accesso e sulle procedure di attuazione del diritto di accesso e partecipazione.

Per facilitare l'accesso alle prestazioni e garantire l'attuazione del principio di uguaglianza e di imparzialità, l'URP promuove l'apertura di "punti informazione" dislocati nei presidi di maggior afflusso dell'utenza.

Funzione principale dei "punti informazione" è quella di fornire le informazioni di primi livello, (dove devo rivolgermi per..., in quali orari, quali documenti sono necessari, ecc.).

I "punti informazione" dovranno essere ubicati in locali facilmente accessibili e ben individuabili (segnaletica di facile leggibilità, realizzata con semplicità di linguaggio e protetta da eventuali manomissioni), in assenza di barriere architettoniche, riservando particolare cura agli aspetti estetici ed al comfort (arredamento, accoglienza, ecc.).

Saranno dotati di spazi tali da garantire al contempo la riservatezza delle richieste dell'utenza e l'attività di redazione e di supporto.

Gli URP ed i "punti informazione", per garantire la qualità e l'efficienza del servizio erogato, utilizzano personale con approfondita conoscenza dell'amministrazione di appartenenza, adeguatamente formato sui temi della comunicazione, delle dinamiche relazionali, della conoscenza e gestione delle informazioni e devono essere dotati di idonei strumenti di raccolta e consultazione (banche dati informatizzate).

Promuovono, inoltre, la realizzazione di materiale informativo e divulgativo (depliant, opuscoli, guide).

Particolare attenzione dovrà essere assicurata anche al monitoraggio della domanda dei cittadini ed alla rilevazione del gradimento dei servizi per mantenere costantemente adeguato il livello qualitativo della prestazione erogata.

I risultati di tali attività saranno portati, periodicamente, a conoscenza della cittadinanza, quale momento di attuazione del principio di trasparenza e partecipazione.

Inoltre, gli utenti dovranno essere messi in grado di avere le informazioni anche telefonicamente e l'orario di apertura dell'URP, di norma, dovrà essere assicurato per la durata di 12 ore.

In sede di formazione ed addestramento del personale assegnato agli URP ed ai "punti informazione", le USL potranno avvalersi della collaborazione degli Organismi di Volontariato e di Tutela dei Diritti dei Cittadini.

Al fine di consentire l'attività degli URP nel settore dei diritti di accesso e partecipazione ai procedimenti amministrativi di cui alla L. 241/90, le USL devono provvedere alla ricognizione, al censimento e alla semplificazione dei procedimenti posti in essere tramite l'adozione dell'apposito Regolamento interno, adottando, ove possibile, procedure informatizzate che garantiscano certezza e rapidità di consultazione.

3.2 Accoglienza e accompagnamento

La funzione relativa all'informazione sull'accesso alle prestazioni e alle modalità di erogazione si arricchisce, in ambito ospedaliero, della funzione di "accoglienza" per garantire anche in questa sede la massima applicazione dei principi ispiratori della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 e dell'art.14, commi 1 e 4, del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni.

Per assolvere questa funzione deve essere individuato personale qualificato che operi all'interno della Direzione Sanitaria (personale infermieristico) in grado di:

- instaurare una relazione con l'utente tale da limitare i suoi disagi e da metterlo in grado di esprimere i propri bisogni;
- accompagnare personalmente gli utenti;
- collaborare con le Associazioni di Volontariato;
- curare l'accoglienza dell'utente, soprattutto per quanto attiene i ricoveri improvvisi, aiutandolo a risolvere i problemi inerenti i servizi erogati all'interno della struttura;
- educare l'utenza ad un corretto utilizzo dei Servizi Sanitari;
- ascoltare e comprendere le aspettative ed i bisogni degli utenti.

L'URP e le sue articolazioni provvedono, inoltre, a favorire la raccolta di segnalazioni e a curare la definizione dei reclami di immediata risoluzione.

3.3 Tutela

La funzione relativa alla tutela degli utenti del Servizio Sanitario Nazionale viene assolta attraverso i seguenti strumenti:

- A) Ufficio Relazioni con il Pubblico (ed eventuali sue articolazioni)** che, nell'ambito del contatto diretto con il pubblico, attiva le iniziative dirette al superamento di eventuali disservizi e riceve i reclami e ne garantisce l'istruzione e la trasmissione alla Direzione delle USL per la decisione nel merito. (v. allegato 2 pag. 47 "Scheda per la segnalazione di reclami").
- B) Commissione Mista Conciliativa**, per lo studio congiunto, con gli organismi di volontariato e di tutela, delle problematiche sollevate dal reclamo.
- C) Regolamento** per l'individuazione delle procedure di accoglimento e definizione del reclamo.
- D) Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi pubblici** istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica, ai sensi della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994.

Funzioni

A) L'ufficio Relazioni con il pubblico (e sue articolazioni) svolge le seguenti funzioni:

- 1) riceve le osservazioni, le opposizioni o i reclami in qualunque forma presentati dai soggetti individuati al comma quinto dell'art.14 del Decreto Legislativo 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni;
- 2) provvede, su delega del Legale Rappresentante, a dare immediata risposta all'utente per le segnalazioni che si presentano di prevedibile, univoca e certa definizione;
- 3) predispone l'attività istruttoria, acquisendo tutti gli elementi necessari alla formazione di giudizio (relazioni o pareri) dai Responsabili delle Unità Operative e dagli uffici interessati e fornisce parere al Legale Rappresentante dell'ente per la definizione di quei reclami che non si prestano all'immediata e rapida definizione;
- 4) convoca la Commissione Mista Conciliativa per le segnalazioni di disservizio ad esso pervenute per il tramite delle Associazioni di Volontariato e degli Organismi di tutela;
- 5) attiva la procedura di riesame del reclamo innanzi al Difensore Civico (Regionale, comunale o consortile) o presso altra figura "super partes", qualora l'utente si dichiari insoddisfatto dagli esiti prodotti in prima istanza;
- 6) predispone la lettera di risposta all'utente, sottoscritta dal Legale Rappresentante dell'ente;
- 7) informa il Comitato Permanente di cui alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994.

B) La Commissione Mista Conciliativa, in ottemperanza ai principi di trasparenza e partecipazione, assolve alla funzione, prevista dal comma 7 dell'art.14 del Decreto Legislativo 502/92, di favorire la presenza e l'attività degli organismi di volontariato e di tutela all'interno delle strutture sanitarie nello specifico obiettivo della tutela dell'utente.

La Commissione Mista Conciliativa viene attivata dal Responsabile dell'U.R.P., qualora il disservizio venga segnalato alla USL per il tramite dell'organismo di volontariato o di tutela.

Nel caso di un esame deferito a questa commissione, per ulteriore garanzia di attuazione del principio di imparzialità, la presidenza viene attribuita ad un soggetto “super partes” (es. Difensore Civico, o altra figura avente natura arbitrale).

Nella Commissione Mista Conciliativa sono rappresentati la USL, la Regione e gli organismi di volontariato e di tutela.

C) Regolamento(Procedure e termini)

Al fine di rendere effettiva la tutela del cittadino utente, l’USL individua le procedure da osservare per l’accoglimento e la definizione delle segnalazioni e dei reclami - in qualunque forma essi siano presentati - con l’adozione di specifico regolamento (vedi allegato 1 pag. 44 "Regolamento di pubblica tutela" - Presentazione di osservazioni, opposizioni, denunce e reclami).

Semestralmente, le segnalazioni pervenute, nonché le determinazioni dell’U.R.P. e della Commissione Mista Conciliativa, dovranno essere trasmesse al Comitato Permanente, all’Ente Regione, alla Conferenza dei Sindaci, ai responsabili dei servizi, agli Uffici Informazioni, alle Associazioni di Volontariato e di Tutela dei cittadini, per consentire una costante valutazione e monitoraggio della qualità delle prestazioni rese.

D) Il Comitato per l'attuazione della Carta dei servizi pubblici è un organismo istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica ed è composto da tre esperti di riconosciuta indipendenza e di notoria esperienza nel settore dei servizi pubblici.

Il Comitato garantisce l'osservanza dei principi e delle procedure previste dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994.

A tal fine:

- richiede ai soggetti erogatori atti e documenti, convoca riunioni con gli amministratori e i dirigenti degli stessi;
- valuta l'idoneità degli standard di qualità del servizio;
- vigila sull'osservanza degli standard;
- valuta l'adeguatezza delle procedure di reclamo e delle misure di ristoro previste;
- promuove l'adozione delle misure dirette ad assicurare la possibilità di scelta dell'utente;
- acquisisce dati e informazioni sul gradimento degli utenti

- determina le procedure attraverso le quali gli utenti sono consultati in ordine agli standard relativi ai singoli servizi e al rispetto di tali standard da parte degli enti erogatori;
- propone annualmente al Presidente del Consiglio dei Ministri l'attribuzione di attestati di qualità ai soggetti che si siano distinti quanto ad efficienza del servizio reso, qualità degli standard, osservanza degli stessi, gradimento degli utenti;
- controlla l'esattezza, la completezza e la comprensibilità delle comunicazioni che i soggetti di erogazione del servizio rendono al pubblico;
- rende pubblici annualmente i risultati del proprio lavoro;
- propone al Presidente del Consiglio dei Ministri le misure regolamentari e legislative idonee a migliorare la protezione dei diritti dell'utente.

3.4 Partecipazione

Ogni USL, in armonia con i principi di trasparenza e di partecipazione, di cui alla legge 241/90, ribaditi con la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, deve attivare un sistema di iniziative atte a favorire l'interazione tra Ente Pubblico erogatore di servizi ed utenza.

In tale ambito, l'USL deve assolvere a quanto indicato in materia di partecipazione dal comma 7, art.14 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni, per favorire all'interno della propria struttura organizzativa la presenza e l'attività degli Organismi di Volontariato e di Tutela dei Diritti degli utenti.

La funzione della partecipazione viene realizzata, oltre che con l'attivazione di un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e relative modalità di accesso (vedi cap. informazione), anche attraverso le seguenti modalità:

- concessione di spazi, preventivamente individuati, che consentano agli organismi del volontariato di poter partecipare a momenti istituzionali di indirizzo e programmazione dell'attività propria dell'Ente erogatore;
- predisposizione di progetti operativi per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini;
- rilevazione del gradimento, da parte dell'utenza, della prestazione sanitaria (controllo di qualità). Ogni USL provvede a disciplinare il controllo di qualità in modo che possa essere esercitato anche direttamente dalle Associazioni di Volontariato o altri organismi di tutela, ovvero di concerto con i medesimi. La rilevazione del gradimento e della qualità, misurata sulla base degli standards indicati dalle normative nazionali vigenti ed in armonia con altre fonti

significative (Leggi Regionali sui diritti dei cittadini, Carte dei diritti del cittadino malato, ecc.) dovrà prendere in esame, in particolare, la qualità dei rapporti con il personale e il comfort offerto. Il controllo di qualità, inoltre, dovrà essere effettuato sia in fase di prenotazione ed erogazione della prestazione, sia a prestazione avvenuta, avendo cura di considerare i punti di vista espressi dai vari soggetti interessati (cittadini e personale). La qualità del servizio erogato dovrà, altresì, essere valutata, oltre che attraverso i classici strumenti di rilevazione (griglie e questionari), anche mediante gruppi di monitoraggio e secondo il metodo dell'analisi dei fatti osservati, documentati o riferiti. L'andamento dei servizi, quale conseguenza della rilevazione, sarà periodicamente oggetto di studio da parte della Conferenza dei Servizi che in ogni USL verrà appositamente convocata dal Direttore Generale e, in mancanza, dalla Regione. Ogni USL avrà cura di pubblicizzare le risultanze delle rilevazioni effettuate;

- attivazione della Commissione Mista Conciliativa per l'esame congiunto da parte della USL e del Volontariato delle circostanze che hanno determinato il disservizio (vedi cap. Tutela).

4. IL RICOVERO OSPEDALIERO

(per questa parte consultare gli allegati 3 da pag. 48 e 5 a pag. 60)

Qualora le Regioni provvedano ad una ricognizione su territorio, comprese le case di cura accreditate secondo l'art. 6, comma 6 della legge 724/94, onde poter conoscere una valida "mappatura" della situazione dei posti letto per branca specialistica, con il nome del primario, qualità dei servizi, tipo di camere e tipo di specializzazione e promuovano il collegamento tra tutti gli ospedali e case di cura, le USL assicurano la collaborazione necessaria per la circolazione delle informazioni, anche tramite strumenti informatici e telematici.

Tale "mappatura" sarà resa pubblica in tutti i presidi ospedalieri e in tutte le USL.

L'assistenza ospedaliera, nel rispetto delle normative nazionali e regionali vigenti in materia, è assicurata con:

- ricovero urgente
- ricovero ordinario
- ricovero programmato (anche a ciclo diurno/day-hospital)
- ospedalizzazione domiciliare

4.1 Ricovero urgente

Il ricovero urgente viene disposto dal medico di guardia al Pronto Soccorso.

L'ospedale, in ottemperanza ai principi dell'uguaglianza, imparzialità e continuità, assicura sempre il ricovero di urgenza riservando i posti letto necessari sulla base delle affluenze medie.

Nel caso che il ricovero non sia possibile o siano necessarie cure presso altro istituto, l'ospedale provvede al trasferimento con i mezzi e l'assistenza adeguata.

L'emergenza e l'urgenza territoriale sono attivate chiamando il n. 118, ove disponibile.

Il modello organizzativo per l'emergenza-urgenza deve essere tale da garantire l'intervento dei mezzi di soccorso nei tempi previsti dal piano regionale approvato ai sensi della legge 23 ottobre 1985, n. 595, lettera g. e di quanto previsto dal Documento sul sistema delle emergenze sanitarie approvato dal Gruppo di lavoro Stato-Regioni il 2 dicembre 1991 (G.U. n. 126 del 30 maggio 1992).

4.2 Ricovero ordinario

Viene disposto dal medico di reparto preposto all'accettazione che, valutata la reale necessità, provvede al ricovero in caso di disponibilità di posti letto o all'inserimento nella lista dei ricoveri programmati di ogni singola divisione.

Nell'intervallo tra l'inserimento nella lista programmata e l'effettivo ricovero, i medici del reparto interessato assicurano, se necessario, le procedure di preospedalizzazione per disporre gli accertamenti diagnostici ed iniziare, se necessario, un ciclo terapeutico preliminare atto a ridurre il periodo della successiva degenza.

4.3 Ricovero programmato

Viene proposto:

- dal medico ospedaliero
- dal medico di famiglia
- dal medico della guardia medica territoriale
- da un medico specialista

L'ospedale, in ottemperanza al disposto della legge n.724 del 23 dicembre 1994 (art. 3, comma 8) e nel rispetto dei principi di uguaglianza e imparzialità, deve predisporre un **"registro dei ricoveri ospedalieri ordinari"** contenente l'elenco delle attività svolte, nonché i tempi massimi di attesa per ciascun reparto e per le principali patologie.

Il mancato rispetto dei tempi di attesa deve essere sempre motivato.

La USL, comunque, provvederà ad individuare appositi strumenti di rilevazione del rispetto dei tempi di attesa indicati e di quelli realmente registrati.

Periodicamente, i risultati delle rilevazioni dovranno essere inviate alla Conferenza dei Sindaci e all'Osservatorio regionale, nonché portate a conoscenza degli utenti mediante apposite pubblicazioni.

L'elenco delle attività svolte ed i relativi tempi di attesa contenuti nel "registro dei ricoveri ospedalieri ordinari", ferma restando la salvaguardia della riservatezza delle persone, **dovranno essere consultabili presso l'ufficio informazioni, a disposizione dei medici di famiglia e pubblicizzati nelle forme più opportune.**

Il Direttore Sanitario è responsabile del registro e della gestione delle liste di attesa, basata su un ordine cronologico - salvo patologie di particolare gravità-.

All'atto della prenotazione del ricovero, per garantire la piena attuazione del principio di partecipazione mediante una adeguata informazione, **dovrà essere consegnato all'utente un opuscolo informativo sulle condizioni di ricovero ospedaliero**(v. allegato 3 da pag. 48).

All'atto dell'ingresso dovrà essere consegnata all'utente una seconda scheda informativa del reparto di destinazione (v. allegato 4 a pag. 57) **ed un modulo per la presentazione di eventuali reclami**(v. allegato 2 a pag.47).

La Direzione Sanitaria comunica all'utente il giorno stabilito per il suo accesso in ospedale.

4.4 Ospedalizzazione domiciliare

E' una forma alternativa al ricovero.

E' attivata dallo specialista ospedaliero, anche su richiesta dell'utente, ogni qualvolta ciò sia possibile ed in relazione a programmi definiti di intervento per alcune patologie particolari (es.: gravidanze a rischio, anziani e malati terminali).

L'utente sarà seguito al suo domicilio da medici e personale infermieristico ospedaliero, integrato dal personale sanitario distrettuale/territoriale.

4.5 Accettazione amministrativa.

L'ospedale garantisce l'accessibilità all'ufficio accettazione amministrativa ai sensi dell'art. 14 del D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, dove l'utente, o un suo delegato, si recherà per il disbrigo delle necessarie pratiche amministrative.

Gli orari di apertura dell'ufficio predetto e le sue funzioni sono indicati nella scheda di informazioni generali (allegato 3 da pag. 48).

4.6 Camere a pagamento

L'ospedale mette a disposizione camere soggette al pagamento di tariffe comprendenti:

- a) particolari comfort alberghieri aggiuntivi;
- b) prestazioni sanitarie in regime di attività libero-professionale in costanza di ricovero.

L'utente può optare anche per i soli comfort alberghieri: le relative tariffe, (a e b), al fine di garantire una piena attuazione del diritto di scelta, sono portate alla sua conoscenza prima del ricovero.

La gestione di questi spazi a pagamento non comporta comunque la riduzione degli standards garantiti nelle camere di degenza ordinaria.

4.7 Garanzie

Nell'ambito del ricovero, la tutela dell'utente si manifesta, tra l'altro, attraverso:

- garanzia che l'utente sia informato dell'iter diagnostico;
- garanzia che l'utente venga informato sulle modalità di sperimentazione clinica dei farmaci;

- garanzia che all'utente vengano rilasciate chiare informazioni sul suo stato di salute (diagnosi, terapia o intervento proposti, espressione del consenso, prognosi).

Resta inteso che il rispetto di quanto garantito da ogni USL nell'ambito del ricovero ospedaliero, è assicurato attraverso le procedure di reclamo individuate da apposito regolamento (Vedi cap. Tutela).

4.8 Ricoveri presso strutture di altissima specializzazione non convenzionate in Italia e all'estero.

L'USL, in caso di impossibilità di garantire tempestivamente e in forma adeguata al caso clinico l'intervento o le prestazioni necessarie e previo parere del Centro Regionale di Riferimento, concede l'autorizzazione al ricovero presso strutture di altissima specializzazione non convenzionate in Italia e all'estero.

La richiesta di autorizzazione presentata dall'utente dovrà essere accompagnata da una relazione del medico specialista contenente precisi riferimenti a:

- a) paziente;
- b) diagnosi e cronistoria clinica del paziente;
- c) tipo di intervento o trattamento terapeutico che deve essere praticato;
- d) necessità, per le particolari condizioni cliniche, di accompagnatore, di trasporto in ambulanza, di mezzo aereo se il Centro prescelto si trova all'estero;
- e) dichiarazione sull'impossibilità di effettuare l'intervento o le prestazioni necessarie, tempestivamente e in forma adeguata al caso clinico, da parte delle strutture pubbliche o convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale contattate.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute anticipatamente (v. Decreto del Ministero della Sanità del 3 novembre 1989) dovrà essere presentata la seguente documentazione:

- 1) copia della cartella clinica;
- 2) fatture in originale quietanzate (in caso di ricovero all'estero le fatture devono essere vistate dal Consolato Italiano *in loco*);
- 3) documentazione spese di viaggio.

Nell'ipotesi di non accoglimento della domanda, l'interessato potrà proporre - alternativamente - entro 15 giorni dal momento in cui sia venuto a conoscenza dell'atto contro cui intende tutelarsi:

- 1) opposizione al Direttore Generale, sia per vizi di legittimità che di merito, il quale deciderà entro 15 giorni (art. 4 Legge 23.10.1985, n. 595);
- 2) ricorso gerarchico improprio alla Giunta Regionale solo per vizi di legittimità, la quale deciderà entro 60 giorni.

E' sempre possibile ricorrere alla magistratura.

4.9 Procedure d'urgenza

Per i ricoveri presso Centri di Altissima Specializzazione all'estero - e non per quelli italiani - in deroga alla procedura ordinaria sopraindicata, l'utente può presentare istanza di rimborso delle spese relative a prestazioni per le quali non sia stata chiesta preventivamente l'autorizzazione, entro 90 giorni dall'effettuazione delle stesse.

In questi casi, la USL garantisce il rimborso delle spese sostenute solo in presenza di particolari condizioni di gravità ed urgenza e qualora il cittadino dimostri di essere in lista di attesa presso almeno due strutture pubbliche o convenzionate italiane o l'impossibilità di effettuare la prestazione richiesta da parte di almeno due strutture pubbliche o convenzionate italiane.

5. ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICHE (STRUMENTALI E DI LABORATORIO)

(per questa parte consultare anche gli allegati 6a, 6b e 6c da pag. 61)

5.1 Come richiedere la visita specialistica o la prestazione diagnostica

Per ottenere una visita specialistica o una prestazione diagnostica l'utente deve presentarsi al Centro di prenotazione della USL e ai centri collegati, munito della richiesta di medico del SSN su ricettario nazionale (non è mai necessaria in caso di urgenza/emergenza e per le visite specialistiche in materia di odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, oculistica - limitatamente alla misurazione della vista).

Il decreto legislativo 502/92 ha affermato il diritto del cittadino alla libera scelta del soggetto erogatore delle prestazioni. Tale diritto sarà pienamente operativo solo nell'ambito dei nuovi rapporti che le regioni e le USL dovranno attivare entro il 1° gennaio 1996 con i soggetti erogatori in luogo delle attuali convenzioni. Fino a tale data i cittadini dovranno munirsi della autorizzazione della USL per accedere ai presidi convenzionati, salvo il caso in cui il costo della prestazione sia inferiore a lire 70.000 e, pertanto, a totale carico dei cittadini (art. 1, comma 5, legge 467/94). Se la USL non è in condizione di assicurare l'accesso alla prestazione entro quattro giorni, è obbligata ad autorizzare l'accesso alle strutture convenzionate.

La richiesta del medico deve contenere le seguenti indicazioni:

- a) nome, cognome ed età dell'assistito;
- b) numero del libretto sanitario o del codice fiscale dell'assistito, con la specificazione di eventuali diritti di esenzione dal pagamento della prestazione;
- c) tipo della prestazione richiesta;
- d) quesito diagnostico;
- e) timbro e firma del medico.

Per le varie tipologie delle visite specialistiche e delle prestazioni diagnostiche l'USL, ai sensi dell'art. 3, comma 8, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, ed a garanzia del rispetto dei principi di imparzialità e diritto di scelta, deve predisporre e pubblicizzare - in analogia con quanto già indicato per il ricovero ospedaliero - un apposito "Registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica di laboratorio", contenente l'elenco delle prestazioni eseguibili, il codice numerico di ciascuna di esse, la sede di erogazione, i tempi medi di attesa per la loro fruizione e l'ammontare della somma da pagare da parte dell'assistito a tariffa intera, per ticket proporzionale o per quota fissa.

L'elenco delle attività svolte ed i relativi tempi di attesa contenuti nel "registro", ferma restando la salvaguardia della riservatezza delle persone, devono essere messi a disposizione del pubblico presso tutti i centri di prenotazione dell'USL, gli uffici

d'informazione e, comunque, presso gli uffici USL per i rapporti con il cittadino utente, oltreché presso i medici di famiglia e le farmacie.

Il Direttore Sanitario è responsabile del registro e delle liste di attesa in ordine cronologico, salvo patologie di particolare gravità e urgenza.

5.2 Dove richiedere la visita specialistica o la prestazione diagnostica

La richiesta di visita specialistica o di prestazione diagnostica va presentata presso i Centri di Prenotazione dell'USL e centri collegati, dei quali va data adeguata pubblicizzazione e che possono essere distribuiti nel territorio. Ciò, fatto salvo i casi nei quali non è obbligatorio la preventiva autorizzazione (prestazioni a pagamento e libero accesso a strutture accreditate).

Tutte le strutture che erogano i servizi specialistici e diagnostici devono essere accessibili al pubblico senza limitazioni di traffico alla circolazione, con zone di parcheggio riservate e con l'assenza di barriere architettoniche per i portatori di handicap e per i disabili.

L'orario di apertura dei suddetti Centri deve essere garantito nell'arco temporale delle 12 ore.

Per quanto attiene l'organizzazione dei servizi CUP, è indispensabile che essi siano dotati di:

- 1) sistemi elimina-code;
- 2) sale di attesa con posti a sedere in numero adeguato;
- 3) punti di riscossione delle tariffe o dei ticket ovvero macchine per la loro riscossione automatizzata.

5.3 - La prenotazione della visita o della prestazione diagnostica

La prenotazione della visita o della prestazione diagnostica, di norma, deve essere rilasciata immediatamente attraverso la consegna al richiedente di un foglio contenente giorno, ora e luogo di effettuazione della visita o prestazione diagnostica, l'importo della tariffa o del ticket da pagare, la specificazione (se richiesta) dello specialista prescelto e le prescrizioni eventualmente necessarie per l'effettuazione del tipo di prestazione richiesta.

Il foglio di prenotazione deve tenere conto del numero delle visite programmate nella stessa giornata presso il medesimo servizio, temporizzando opportunamente le varie prestazioni.

Il foglio di prenotazione deve poi contenere le seguenti informazioni ed avvertenze:

- che la prestazione, per sopravvenuti e non programmabili casi d'urgenza e di emergenza, può subire uno slittamento;
- che, nel caso che la USL non eroghi la prestazione prenotata, l'utente ha diritto al rimborso di un "bonum";
- che l'utente, nel caso di rinuncia alla prestazione, senza averne data tempestiva comunicazione alla USL, è tenuto al pagamento della stessa cifra di cui al punto precedente.

Va, infine, garantita piena riservatezza per visite specialistiche particolari, attraverso l'adozione di canali e procedure riservati di prenotazione (anche telefonica).

La USL, comunque, attiverà in modo sempre più esteso procedure che consentano la prenotazione telefonica delle prestazioni.

5.4 Tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e diagnostiche

L'esecuzione delle prestazioni specialistiche e diagnostiche di norma deve avvenire secondo le previsioni del D.P.R. 1/3/94 "Piano sanitario nazionale per il triennio 1994/96" di cui si riportano le linee di tendenza:

- per le indagini di laboratorio: esecuzione entro quarantotto ore, fatti salvi esami che per ragioni tecniche vengono eseguiti con periodicità programmata e le situazioni di urgenza;
- per la diagnostica per immagini: salvo urgenze, esecuzione entro cinque giorni;
- per le visite specialistiche e la diagnostica strumentale: salvo urgenze, esecuzione entro sette giorni.

5.5 Il pagamento della prestazione specialistica o diagnostica o del relativo ticket

Il versamento delle somme prescritte, a tariffa intera, ridotta o fissa, per le visite specialistiche o prestazioni diagnostiche deve avvenire comunque prima dell'effettuazione della prestazione, presentando e consegnando al sanitario una copia della ricevuta del pagamento.

Il pagamento di tale somma può in sostanza essere effettuato:

- a) al momento della prenotazione, presso gli sportelli a ciò delegati ovvero tramite l'uso delle macchine automatizzate per la riscossione di tali somme;
- b) presso sportelli postali o bancari, su moduli prestampati e distribuiti gratuitamente dalla USL;
- c) con altre forme e modalità stabilite dalle singole USL.

Luogo e orari di riscossione delle tariffe e dei ticket debbono di regola coincidere con quelli di prenotazione delle prestazioni.

Con la presentazione nel luogo e nell'orario indicati nel foglio di prenotazione, l'assistito deve essere sottoposto senza ritardi alla prestazione richiesta, con garanzia della continuità terapeutica, se necessaria.

L'utente, in caso di impedimento a presentarsi alla visita o all'accertamento diagnostico, deve comunicare la propria assenza tempestivamente anche a mezzo telefono al Centro di Prenotazione; la comunicazione dell'assenza congruamente data dà diritto alla restituzione del ticket pagato.

Parimenti, eventuali impedimenti della struttura pubblica alla effettuazione nel giorno e nell'ora stabiliti nella prenotazione vincolano la USL a tempestive comunicazioni di ciò all'utente, con l'impegno a riprogrammare, d'intesa con quest'ultimo, la nuova prestazione, salvo rimborso del ticket se l'utente rinuncia.

Valgono per il luogo di effettuazione delle prestazioni le stesse raccomandazioni formulate per l'ubicazione dei centri di prenotazione.

Deve inoltre essere garantita la tutela del diritto alla riservatezza dell'utente.

Si sottolinea, inoltre, l'esigenza generale che esista idonea segnaletica esterna ed interna per indirizzare con sicurezza l'utenza all'ambulatorio medico prescelto.

Il CUP invia giornalmente ai singoli specialisti interni e alle équipes divisionali l'elenco degli utenti prenotati, con l'ordine delle prenotazioni e degli orari assegnati.

Il CUP, unitamente a tale elenco, trasmette al sanitario anche una scheda individuale per ogni utente prenotato, in triplice copia, per la redazione del referto e la sua consegna all'assistito ed al medico di famiglia di quest'ultimo.

Ove il referto non possa essere rilasciato immediatamente, esso dovrà essere consegnato in busta chiusa e intestato all'assistito (con copia per il medico proponente) avvertendo quest'ultimo con precisione del luogo, giorno e orario per il ritiro della stessa; su richiesta dell'interessato, il referto può essere direttamente spedito, a proprie spese, al suo domicilio.

5.6 Diritto al risarcimento e sanzioni

Per l'inosservanza da parte dell'USL dell'obbligo di effettuazione della prestazione prenotata, l'USL stessa è tenuta, oltre al rimborso d'ufficio della somma versata dall'assistito nel caso questi rinunci ad effettuare la prestazione, al rilascio di un "bonum" pari a lire 50.000 a titolo di risarcimento del disagio.

Qualora il cittadino volesse comunque usufruire della prestazione, la USL dovrà riprogrammarla con procedura preferenziale: in tal caso al cittadino verrà rilasciato l'importo del "bonum" e non quello del ticket versato.

Ogni USL, a copertura dal danno economico conseguente la mancata effettuazione della prestazione, potrà stipulare apposita polizza assicurativa di copertura.

L'USL, qualora il disservizio sia imputabile direttamente all'operatore responsabile, attiva nei confronti del medesimo le procedure disciplinari e di rivalsa in conformità della normativa vigente.

L'utente che non si presenti, né preannunci la propria impossibilità a fruire della prestazione prenotata è tenuto al versamento di un "malum" pari a lire 50.000, in analogia all'onere già indicato per la USL inadempiente.

In tal caso l'utente ha versato un ticket di importo superiore a £. 50.000, avrà diritto alla restituzione della differenza tra quanto versato e £. 50.000.

L'utente è altresì tenuto al pagamento a tariffa intera della prestazione per i referti non ritirati, ai sensi della normativa vigente.

Tali sanzioni debbono essere espressamente indicati nel foglio di prenotazione.

5.7 Tutela dei diritti del cittadino

Il rispetto di quanto garantito da ogni USL in relazione all'accesso alle prestazioni specialistiche, è assicurato attraverso le procedure di reclamo individuate nel regolamento (vedi cap. Tutela).

6. LA MEDICINA GENERALE E PEDIATRICA DI LIBERA SCELTA *(Poiché è in fase di rinnovo la Convenzione Unica Nazionale questa parte della Carta verrà modificata in rapporto alla nuova Convenzione)* (per questa parte consultare anche gli allegati 7 da pag. 68 e 8 da pag. 72)

6.1 Il medico di base della USL

Il medico di medicina generale e pediatrica è una figura cardine dell'assistenza sanitaria e partecipa all'attività della USL per programmi finalizzati.

L'assistenza di medicina generale e pediatrica ha come obiettivo la tutela della salute del cittadino, attuata sia attraverso interventi diretti, sia integrando risorse operative che la USL devolve all'assistenza di base.

Secondo quanto stabilito dalla Convenzione Nazionale Unica attualmente in vigore, fanno parte degli interventi che il medico attua in prima persona le prestazioni di medicina individuale (prevenzione, diagnosi e cura), fornite tenendo conto dei bisogni, delle esigenze e delle condizioni dei singoli utenti:

- visita medica generale, ambulatoriale e domiciliare;
- prestazioni di particolare impegno professionale;
- prescrizione di farmaci;
- richiesta di visite specialistiche;
- proposte di ricovero ospedaliero;
- prestazioni di carattere certificativo e medico-legali.

6.2 Mezzi e strumenti della medicina di base

Il medico di medicina generale ed il pediatra di base, per una maggiore qualità ed efficacia delle prestazioni, si avvalgono di risorse umane e strumentali assegnate alla rete dei servizi territoriali della USL per prestazioni di ordine preventivo assistenziale e complesso.

Fanno parte delle prime, la partecipazione a campagne programmate di educazione sanitaria e di prevenzione primaria, e la sensibilizzazione dei propri assistiti a partecipare a progetti di prevenzione secondaria finalizzata dalla USL (screening oncologici, screening di alcune malattie degenerative, ecc.).

Tra le seconde si individuano le forme di assistenza domiciliare (programmata a non ambulabili, integrata, nelle residenze sanitarie assistenziali) in cui il medico, pur mantenendo la sua specifica responsabilità giuridica sulla salute dell'utente, utilizza gli altri servizi sanitari di base propri della medicina di comunità (servizio infermieristico territoriale, servizio di riabilitazione domiciliare, servizio sociale).

L'assistenza programmata si articola nel seguente modo:

- assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti non trasportabili;
- assistenza nei confronti di utenti ospiti in residenze protette;
- assistenza domiciliare integrata;
- accesso facoltativo in ospedale in fase di accettazione, degenza o dimissione del proprio assistito.

Il medico di medicina generale pediatrica partecipa inoltre alle forme di ospedalizzazione domiciliare.

6.3 Diritti e garanzia del servizio

L'assistenza di medicina generale e pediatrica è garantita nell'ambito di residenza dei cittadini **dalle ore 8 alle ore 20 nei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 14 nei giorni prefestivi**, salvo diverse disposizioni previste dalla prossima Convenzione nazionale.

Il rapporto tra l'assistito e il medico di medicina generale o il medico specialista pediatra è fondato sulla fiducia. **L'assistito esercita il suo diritto di scelta individuando il proprio medico** tra quelli operanti nell'ambito territoriale in cui è residente. **Può in qualsiasi momento revocare la scelta ed effettuare una nuova** Se per validi motivi l'assistito intende scegliere un medico di un ambito territoriale diverso da quello di residenza, può inoltrare richiesta al Comitato Consultivo dell'USL.

L'USL assicura il rigoroso rispetto del numero massimo di assistiti per medico stabilito dalla convenzione, ossia 1500 per la medicina generale ed 800 per la pediatria.

6.4 Attività ambulatoriale

L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio dell'assistito secondo le condizioni di salute di quest'ultimo.

Ogni medico è tenuto a comunicare all'USL l'orario di apertura del proprio studio, che deve essere esposto all'ingresso dell'ambulatorio.

Lo studio deve essere aperto almeno 5 giorni la settimana e l'orario di apertura deve essere correlato al numero degli assistiti in carico, al fine di assicurare un efficace ed efficiente assistenza.

Lo studio deve essere dotato di una sala di attesa, degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della professione, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione idonea e, in ottemperanza al principio dell'uguaglianza, deve essere accessibile a tutti grazie all'eliminazione delle barriere architettoniche.

E' altresì opportuno che al suo interno sia esposta in modo visibile la presente carta dei servizi pubblici sanitari.

Le visite domiciliari di norma vanno richieste entro le ore 10, e in tal caso il medico è tenuto ad effettuarle in giornata. Le visite richieste dopo tale ora possono essere effettuate entro le ore 12 del giorno successivo.

Nella giornata del sabato il medico può non svolgere attività ambulatoriale, ma è tenuto ad effettuare le visite domiciliari richieste entro le ore 10 o il giorno precedente.

Le chiamate urgenti dovranno essere soddisfatte nel più breve tempo possibile.

Avverso il mancato rispetto degli adempimenti sopra indicati, l'utente può presentare reclamo alla Commissione Mista Conciliativa.

6.5 Diritti e doveri del medico di base e della USL

Per quanto attiene ai diritti/doveri dei medici (di base e della USL), si rammenta che la materia è regolata dal contratto collettivo di lavoro.

A puro titolo esemplificativo, si forniscono di seguito alcune indicazioni e proposte.

Il medico deve attuare un sistema di prenotazione delle visite ambulatoriali tale da eliminare lunghi tempi di attesa e affollamento dei locali.

Deve, inoltre, differenziare l'orario dedicato alla informazione medico-scientifica da quello dedicato all'attività ambulatoriale vera e propria.

Il quesito posto al medico specialista dal medico di medicina generale e pediatrica dovrà essere redatto in triplice copia e prevedere uno spazio adeguato dove lo specialista formulerà l'orientamento diagnostico e l'eventuale consiglio terapeutico.

Una copia sarà trattenuta dalla struttura dove opera lo specialista, le altre due saranno consegnate all'assistito che ne porterà una al suo medico.

Al medico dovrà essere comunicata la spesa indotta per le prestazioni che la USL ha sostenuto e acquisito.

La USL si impegna a rilasciare ad ogni utente un tesserino magnetico contenente tutte le informazioni anagrafiche.

Si impegna, inoltre, a rilasciare, in via sperimentale, un certo numero di etichette adesive con codice identificativo e dati anagrafici da apporre su ricette e prestazioni specialistiche per facilitare le prenotazioni.

In caso di ricovero dell'assistito, il medico di medicina generale e pediatrica collabora con i medici di reparto fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso. Inoltre redige la scheda di accesso che l'assistito consegnerà ai medici ospedalieri.

Al momento delle dimissioni il reparto invierà al medico di medicina generale e pediatrica un'informazione dettagliata del decorso ospedaliero e una sintesi diagnostica e terapeutica.

L'utente ha diritto a presentare reclami con le modalità previste dalla normativa vigente e dai singoli regolamenti USL (Vedi cap. Tutela).

- Il medico, d'intesa con la USL, determina l'orario di apertura dello studio che, possibilmente, dovrà essere articolato mattina e pomeriggio. La determinazione del suddetto orario, inoltre, dovrà essere rapportata a:
 - numero assistiti
 - numero visite medio giornaliero
 - tempo di attesa per visite ambulatoriali non superiore a 30 minuti.
- Il medico organizza l'orario dello studio differenziando l'orario per attività tipo rilascio certificazioni medico legali dalle attività sanitarie propriamente dette.
- Il medico ha la facoltà di collaborare alle prenotazioni con il Centro Unificato di Prenotazione. A livello di USL saranno definite le intese per la copertura degli oneri del collegamento tra l'ambulatorio medico e il CUP.
- Le distinte delle prestazioni di particolare impegno professionale per essere liquidate devono riportare la firma dell'assistito che le ha ricevute o di un suo familiare.

6.6 Assistenza ai non residenti

1 - Stranieri non residenti in Italia.

A- Stranieri provenienti da paesi dell'Unione Europea e da paesi con i quali vigono accordi bilaterali di reciprocità in temporaneo soggiorno in Italia: hanno diritto alle stesse prestazioni indicate sui moduli comunitari o convenzionali rilasciati dalle Istituzioni competenti.

La USL rilascerà al cittadino straniero un apposito modulario sul quale i medici (generici e specialisti) prescriveranno gli accertamenti, le visite specialistiche e i farmaci ritenuti necessari.

L'USL erogherà l'assistenza secondo i livelli previsti per i cittadini italiani residenti, ad eccezione dell'assistenza medico-generica e pediatrica, per la quale viene adottato il sistema delle visite occasionali, che verranno pagate al medico o al pediatra come prestazioni extra.

B- Stranieri extracomunitari in temporaneo soggiorno in Italia: hanno diritto unicamente alle prestazioni ospedaliere urgenti per malattia, infortunio e maternità con oneri a loro carico in base alle rette di degenza e alle tariffe per le prestazioni ospedaliere che non richiedono ricovero, determinate annualmente dal Ministero della Sanità.

In caso di insolvenza, le USL devono rivolgersi al Ministero dell'Interno per il rimborso, tramite le competenti Prefetture.

2 - Utenti in temporaneo soggiorno in USL diversa da quella di residenza.

A- Assistenza Medico Generica

L'USL garantisce l'assistenza Medico Generica, in via indiretta, mediante il sistema delle visite occasionali, che verranno pagate al medico o al pediatra come prestazioni extra.

L'utente pagherà i compensi per visite occasionali previsti dall'Accordo Nazionale Collettivo per la Medicina Generale e per la Pediatria e verrà rimborsato dalla USL di appartenenza a cui presenterà la fattura di pagamento.

Il cittadino non residente potrà inoltre usufruire della Guardia Medica notturna festiva e prefestiva e della Guardia Medica turistica.

B- Assistenza Specialistica Ambulatoriale in forma indiretta

L'assistenza in oggetto è disciplinata a livello regionale.

Le prestazioni possono essere erogate solo a favore di tutti i cittadini italiani presso la USL e solo dalle strutture inserite in elenchi predisposti dalle Regioni.

3 - Utenti non residenti con domicilio sanitario nella USL

Gli utenti non residenti con domicilio sanitario nella USL hanno diritto all'assistenza sanitaria, in presenza dei seguenti presupposti:

- a- permanenza nel Comune di domicilio per un periodo superiore a tre mesi;
- b- tale permanenza deve essere dettata da motivi di lavoro, di studio o di malattia.

Il cittadino si presenterà agli sportelli della USL di domicilio con la seguente documentazione:

- a- certificato di residenza anagrafica in carta libera;
- b- tesserino sanitario della USL di residenza;
- c- certificato rilasciato dal datore di lavoro dal quale risulti che l'interessato, per motivi di lavoro, è dimorante in un Comune diverso da quello di residenza per un periodo superiore a tre mesi;

oppure:

- c1- certificato di frequenza per corsi di studi rilasciato dal relativo Ente con l'indicazione della durata del corso;

oppure:

c2- certificato per comprovati motivi di salute rilasciato da un Medico Specialista della USL con l'indicazione del periodo di soggiorno.

Per i cittadini provenienti da altre Regioni si provvederà al rilascio di un nuovo libretto con l'indicazione del nuovo codice regionale.

La scelta del Medico di fiducia sarà a termine e, in ogni caso, non potrà superare un anno.

7. REGOLAMENTO DEI DIRITTI E DEI DOVERI DELL'UTENTE MALATO

Ogni USL si impegna ad adottare le carte dei diritti formulate secondo lo schema degli allegati 7 da pag. 68 e 8 da pag. 72 e a migliorare costantemente gli standards qualitativi delle prestazioni erogate, fermo restando che i criteri stabiliti nella presente carta dei diritti al successivo punto 7 costituiscono il minimo livello indispensabile da assicurare al cittadino.

Il regolamento dei diritti e doveri deve essere esposto in modo visibile presso tutte le strutture sanitarie (ospedali, ambulatori, pronto soccorso, URP, ecc.).

Fig. 4.1 - ALBERO DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO: RICOVERO OSPEDALIERO

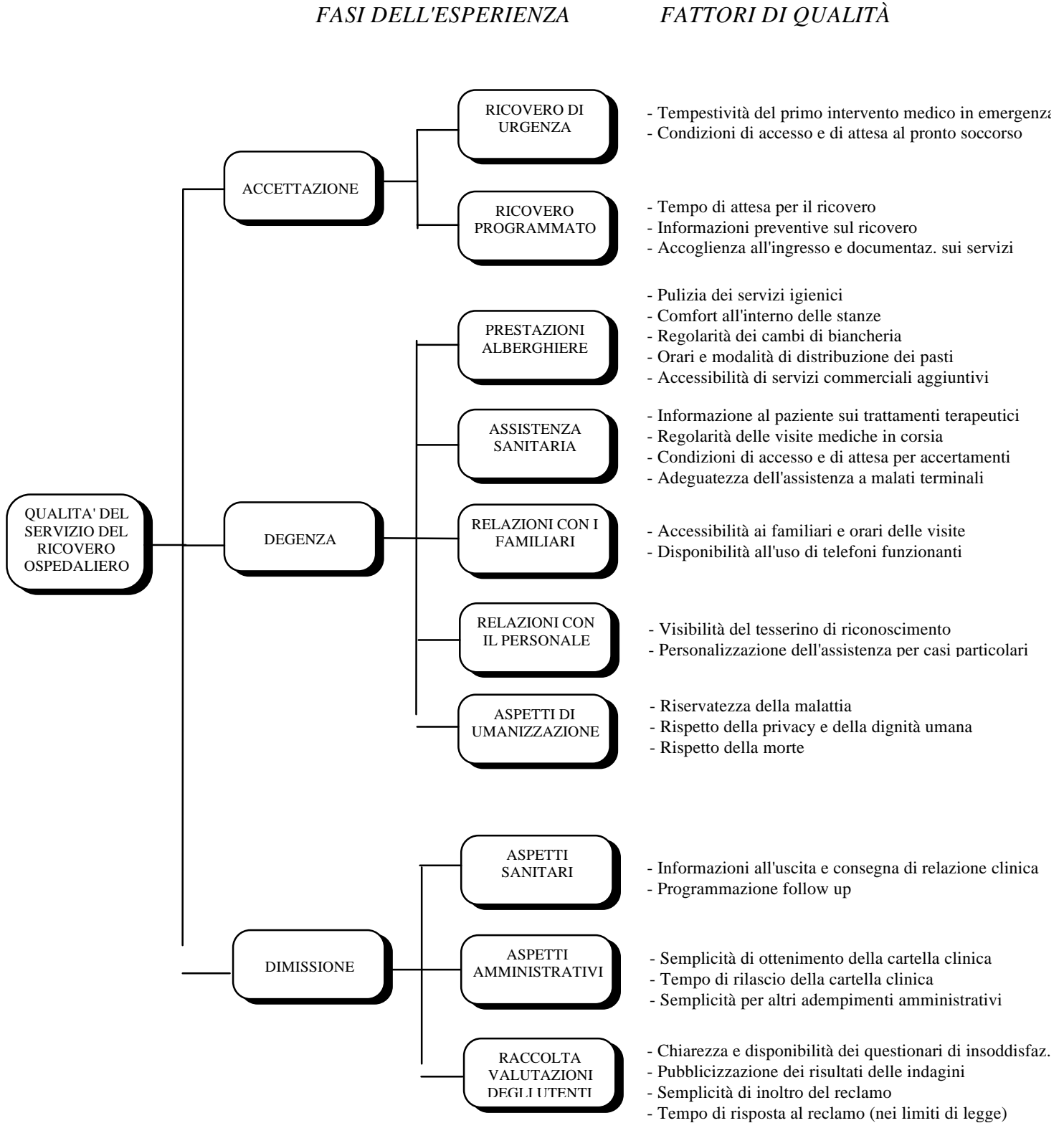


Fig. 4.2 - ALBERO DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO: SPECIALISTICA E DIAGNOSTICA

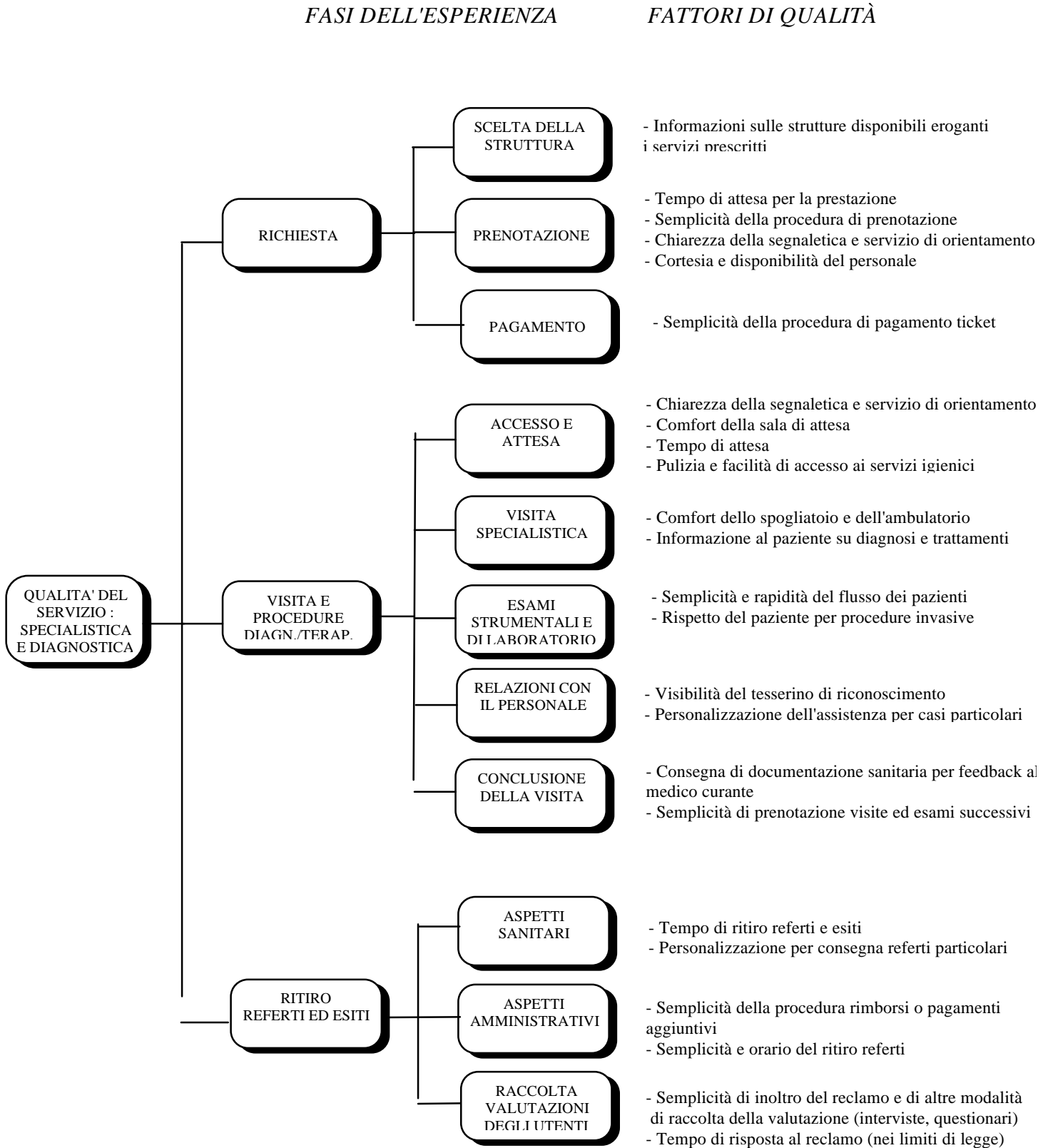
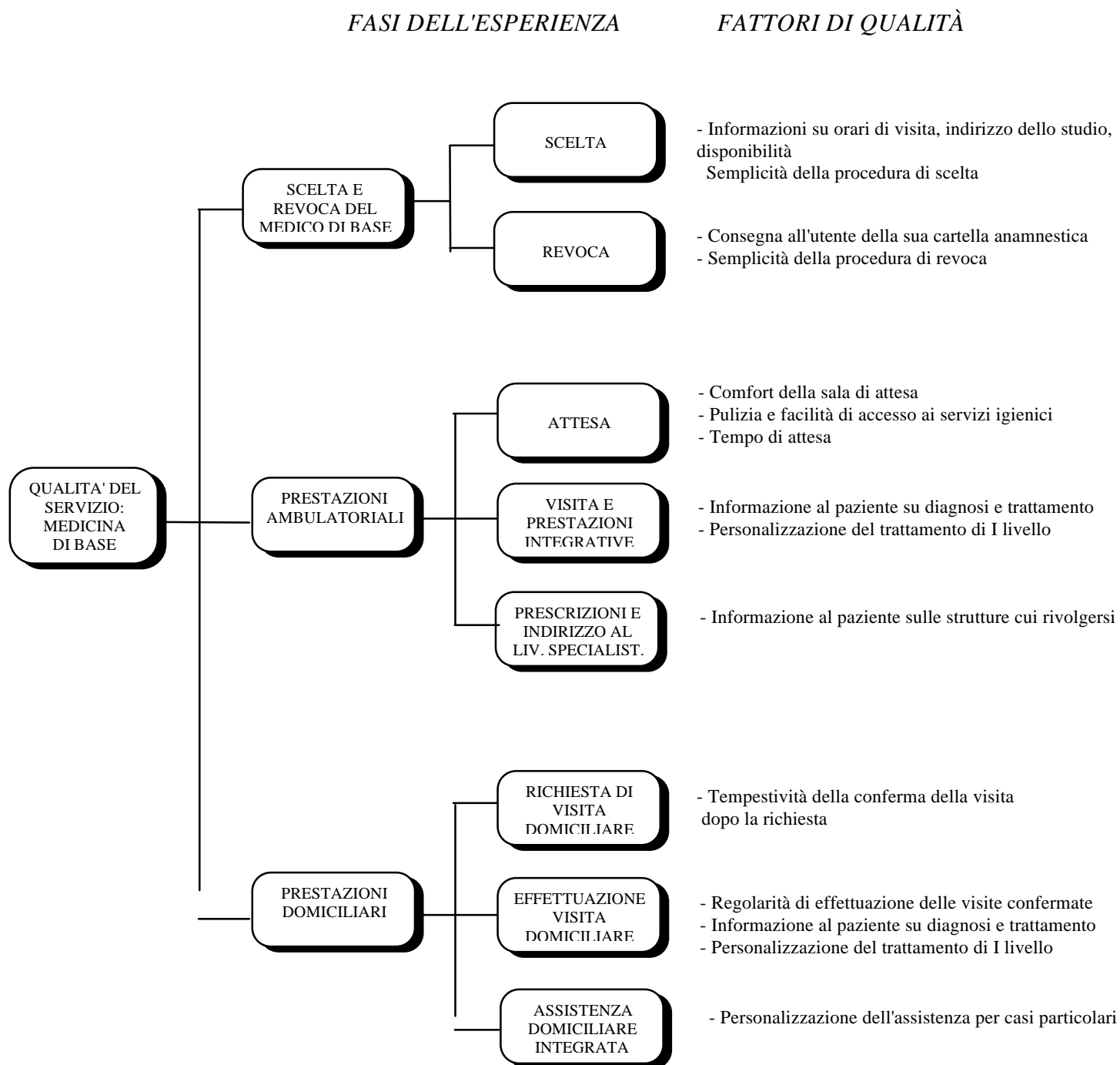


Fig. 4.3 - ALBERO DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO: MEDICINA DI BASE



INFORMAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE

Allegato 1

Regolamento di Pubblica Tutela

Titolo I

PRESENTAZIONE DELLE OSSERVAZIONI, OPPOSIZIONI, DENUNCE E RECLAMI.

Art. 1

Gli utenti, parenti o affini, o organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la Regione o presso la USL possono presentare osservazioni, opposizioni, denunce o reclami contro gli atti o comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale.

Art. 2

Gli utenti e gli altri soggetti come individuati dall'art.1, esercitano il proprio diritto con:

- 1) Lettera in carta semplice, indirizzata e inviata alla USL o consegnata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, nelle sue articolazioni;
- 2) Compilazione di apposito modello sottoscritto dall'utente, distribuito presso l'U.R.P.;
- 3) Segnalazione telefonica o fax agli Ufficio sopra citato;
- 4) Colloquio con il responsabile dell'U.R.P..

Per le segnalazioni telefoniche e per i colloqui, verrà fatta apposita scheda verbale, annotando quanto segnalato con l'acquisizione dei dati per le comunicazioni di merito. La segnalazione verbale sarà acquisita in presenza di un testimone.

Art. 3

Le osservazioni, le opposizioni, le denunce o i reclami dovranno essere presentate, nei modi sopra elencati, entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo dei propri diritti in armonia con il disposto dell'art.14, comma 5, del Decreto Legislativo 502/92, come modificato dal Decreto Legislativo 517/93.

Art. 4

Le osservazioni, le opposizioni, le denunce o i reclami, comunque presentate o ricevute nei modi sopra indicati dagli Uffici Relazioni con il Pubblico, qualora non trovino

immediata soluzione, devono essere istruite e trasmesse alla Direzione della USL entro un termine massimo di giorni 3, o comunque nei tempi rapportati all'urgenza del caso.

Art. 5

L'U.R.P., nei tre giorni successivi, comunicherà ai Responsabili di servizio interessati, notizia dell'opposizione, osservazione, denuncia o reclamo affinché questi adottino tutte le misure necessarie ad evitare la persistenza dell'eventuale disservizio e forniscano all'ufficio richiedente, entro giorni 7, tutte le informazioni necessarie per comunicare un'appropriata risposta all'utente.

Art. 6

Nella USL è costituito un ufficio "Relazioni con il Pubblico" cui sono attribuite le seguenti funzioni:

- a) ricevere le osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa presentati dai soggetti di cui all'art. 1 del presente regolamento, per la tutela del cittadino avverso gli atti o i comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale;
- b) predisporre l'attività istruttoria e provvede a dare tempestiva risposta all'utente per le segnalazioni di più agevole definizione, su delega del Direttore Generale;
- c) per i reclami di evidente complessità, provvede a curarne l'istruttoria e fornisce parere al Legale Rappresentante per la necessaria definizione;
L'U.R.P. per l'espletamento dell'attività istruttoria può acquisire tutti gli elementi necessari alla formazione di giudizio, richiedendo altresì relazioni o pareri ai responsabili dei Servizi, delle Unità Operative, ovvero degli uffici della USL;
- d) fornire all'utente tutte le informazioni e quanto altro necessario per garantire la tutela dei diritti ad esso riconosciuti dalla normativa vigente in materia;
- e) predisporre la lettera di risposta all'utente sottoscritta dal legale rappresentante dell'ente in cui si dichiara che la presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni, non impedisce, nè preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale ai sensi del comma 5 dell'art.14 del Decreto Legislativo 502/92 come risulta modificato dal Decreto Legislativo 517/93.

Art.7

Il Responsabile dell'U.R.P., individuato ai sensi della legge 241/90, svolge i seguenti compiti:

- a) accoglie i reclami, le opposizioni e le osservazioni presentate in via amministrativa ai sensi dell'art. 1 del presente regolamento;

- b) provvede a istruire e definire le segnalazioni di agevole risoluzione;
- c) dispone l'istruttoria dei reclami e ne distingue quelli di più facile risoluzione dando tempestiva risposta all'utente;
- d) attiva la Commissione Mista Conciliativa per l'esame delle segnalazioni di cui viene a conoscenza per il tramite delle Associazioni di Volontariato e degli organismi di tutela;
- e) invia la risposta all'utente e contestualmente ne invia copia al Responsabile del servizio, al responsabile dell'Unità Operativa interessato e al Coordinatore di settore per l'adozione delle misure e dei provvedimenti necessari;
- f) provvede ad attivare la procedura di riesame del reclamo qualora l'utente dichiari insoddisfacente la risposta ricevuta.

Titolo II

COMMISSIONE MISTA CONCILIATIVA: DISCIPLINA DI FUNZIONAMENTO

Art. 8

Nei casi in cui l'istanza abbia per oggetto la violazione dei principi, fatti propri dalle Carte dei Diritti, sottoscritte dalla USL e dalle associazioni di volontariato e di tutela, l'esame viene deferito ad una Commissione Mista Conciliativa che è composta da un rappresentante della USL, da un rappresentante della Regione e da un rappresentante delle Associazioni di Volontariato.

La Commissione così formata viene presieduta dal Difensore Civico Regionale, istituito ai sensi delle disposizioni dello Statuto Regionale in attuazione della legge 142/90, ovvero da altra figura esterna all'amministrazione USL, individuata di concerto con le associazioni interessate e nominata dal Legale Rappresentante dell'ente pubblico.

Il Difensore Civico Regionale riceve le osservazioni, opposizioni, denunce o i reclami in via amministrativa o verbali, acquisisce quelle scritte presentate all'U.R.P. e dispone l'istruttoria e le segnalazioni necessarie.

INFORMAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE

Allegato 2

Scheda Segnalazioni

UNITA' SANITARIA LOCALE N. _____

Ufficio di Pubblica Tutela

Scheda per la segnalazione di disfunzioni - suggerimenti - reclami

Verbale

Telefonica

Con modulo

Con lettera allegata

del Sig./Sig.ra _____

abitante a _____

Telefono _____

Oggetto della segnalazione: _____

Ricevuto il _____ da _____

Firma _____

Per la risposta al cittadino si trasmette la segnalazione a:

Direttore Generale

Coordinatore _____

Responsabile Servizio _____

Responsabile U.O. _____

Trasmessa dall'Ufficio _____ il _____

L'operatore _____

IL RICOVERO OSPEDALIERO

Allegato n. 3

Opuscolo informativo

Si ritiene opportuno indicare una serie di argomenti che costituiranno lo schema dell'opuscolo stesso. Ogni ospedale dovrà predisporre un opuscolo informativo in relazione alla propria realtà.

- Nota di accoglienza:

Gentile Signora, Egregio Signore,

Firma:

Il Direttore Generale

- Brevi cenni storici
- Come raggiungere l'ospedale
- Planimetria semplificata dell'ospedale
- Reparti e responsabili
- Cosa portare in caso di ricovero: biancheria personale, pigiama e/o camicia da notte, vestaglia e/o giacca da camera, calzini, pantofole, asciugamani, sapone con porta sapone, spazzolino e dentifricio, pettine, necessario per barba.
- E' bene avere con se: carta di identità, tessera sanitaria, codice fiscale, eventuale documentazione clinica posseduta.
Si consiglia di non tenere in ospedale gioielli, oggetti di valore e grosse somme di denaro, sia perché non servono, sia perché l'assicurazione non ne risponde.
- Informazioni generali per degenti e visitatori

E' necessario dare informazioni su:

- Ambulanze
- Dimissioni
- Assistenti sociali
- Giornali
- Assistenza religiosa e spirituale
- Telefoni e relative schede
- Autentica firme
- Ufficio di Pubblica Tutela
- Banca
- Ufficio Accoglienza
- Cartelle cliniche
- Visite degenti
- Certificati di ricovero

- Volontariato

- Informazioni aggiuntive specifiche dell'Ente:

- Biblioteca degenti
- Distributori bevande calde e fredde
- Servizio parrucchiere
-

- Numeri telefonici di maggior interesse:

- Centralino
- Emergenze
- Ufficio Accoglienza
- Ufficio di Pubblica Tutela

IL RICOVERO OSPEDALIERO
Allegato 3/bis
Consigli ed informazioni
in occasione dei ricoveri ospedalieri

Gentile Signora, Gentile Signore,

nell'accoglierLa nel nostro ospedale Le vogliamo augurare una pronta guarigione.

Cercheremo di rendere il Suo soggiorno il più sereno e confortevole possibile; per questo saremmo interessati a conoscere la Sua opinione riguardo il nostro ospedale, il personale che vi opera ed i servizi che esso offre.

Le Sue indicazioni ci saranno molto utili per capire quali sono i problemi esistenti, e quali i possibili interventi e soluzioni per migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi che Le vengono offerti.

Il questionario che Le chiediamo di compilare è assolutamente anonimo; se Lei desidera però può firmarlo mantenendo comunque il diritto alla massima riservatezza da parte nostra.

Una volta compilata la scheda potrà essere inviata mediante il servizio postale alla Direzione Sanitaria oppure consegnata direttamente agli operatori sanitari che provvederanno a farla pervenire all'ufficio preposto.

Il questionario non si riferisce all'aspetto specifico delle cure mediche, ma alle condizioni generali di degenza ed ai servizi in quanto i problemi clinici personali vanno discussi esclusivamente con i medici curanti.

La ringraziamo per la collaborazione e per la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.

Cordialmente

La Direzione Sanitaria

COSA PORTARE IN OSPEDALE

In un luogo affollato come l'ospedale, il furto o lo smarrimento di denaro, gioielli o altri valori sono sempre possibili: la Direzione sanitaria non si assume responsabilità per questi inconvenienti.

Consigliamo quindi di portare soltanto gli effetti personali strettamente necessari: spazzolino da denti, dentifricio, sapone, deodorante, biancheria personale, vestaglia, pantofole, asciugamani.

Ed inoltre:

- la tessera sanitaria rilasciata dall'Unità Sanitaria Locale
- la carta d'identità
- il codice fiscale.

E' molto utile portare tutti gli esami e gli accertamenti diagnostici già eseguiti ed eventuali cartelle cliniche di ricoveri precedenti.

E' importante comunicare ai medici notizie relative ai farmaci che si prendono abitualmente anche se si tratta soltanto di lassativi, antidolorifici o sciroppi per la tosse. Nei giorni successivi al ricovero è sempre possibile farsi portare da casa quanto necessario.

Servizi vari

Sono a disposizione dell'ospite all'interno dell'ospedale un posto di ristoro ed alcuni distributori automatici di bevande ed acqua minerale.

Anche la vendita di quotidiani e giornali in genere viene effettuata sistematicamente all'interno della struttura.

Sempre all'interno dell'ospedale l'azienda ospedaliera si impegna ad installare un servizio tipo "Bancomat" del quale Lei potrà usufruire per le esigenze immediate.

Inoltre, qualora lo si desideri, eventuali somme di denaro in possesso potranno essere custodite presso gli appositi uffici cassa dell'azienda.

Per la riscossione della pensione durante la degenza in ospedale potranno essere presi opportuni contatti con il Capo-sala.

Il telefono

Negli spazi comuni accessibili dell'ospedale sono disponibili telefoni pubblici con funzionamento a gettoni ed a monete che a richiesta potranno essere utilizzati direttamente nelle stanze di degenza.

Non è possibile, e ce ne scusiamo con i nostri ospiti, ricevere telefonate; eventuali chiamate dall'esterno saranno comunicate al paziente.

Il personale sanitario non può fornire informazioni telefoniche sui ricoverati.

Le norme antinfortunistiche e antincendio

Il personale del presidio ospedaliero è addestrato ad intervenire per controllare gli incendi e tutelare la sicurezza dei degenti.

All'intero delle stanze di degenza saranno a disposizione dei pazienti le norme antinfortunistiche ed antincendio da attuare in caso di necessità.

L'assistenza sociale

In caso di necessità l'aiuto dell'assistente sociale può essere richiesto da Lei, o da un suo familiare, informandone il Capo-sala.

Le consigliamo di effettuare l'eventuale richiesta nei primi giorni del ricovero.

L'assistenza infermieristica

Il servizio garantisce tutti gli aspetti relativi all'assistenza infermieristica, all'ospitalità degli utenti ed alla pulizia degli ambienti di degenza tramite il proprio personale.

I pazienti possono rivolgersi a questo servizio tramite il Capo-sala per qualsiasi problema inerente l'assistenza infermieristica.

La riabilitazione funzionale

L'Unità Sanitaria Locale garantisce agli utenti le prestazioni riabilitative necessarie mediante proprio personale qualificato al fine di ripristinare la loro funzionalità motoria.

I pazienti possono accedere a questa attività a seguito di specifica prescrizione di personale medico.

Il volontariato

L'Unità Sanitaria Locale garantisce l'assistenza diretta ai propri assistiti con personale qualificato.

Tuttavia all'interno della struttura è presente personale appartenente alle associazioni di volontariato regolarmente autorizzato ad effettuare particolari forme di assistenza ai degenti.

L'assistenza religiosa

Per i pazienti di fede cattolica al piano terra si trova la Cappella, dove in ogni giorno festivo viene celebrata la Santa Messa.

Un assistente religioso, pressoché quotidianamente, passerà a visitare i degenti nei vari reparti; ogni paziente può ricevere l'assistenza religiosa personale rivolgendosi al religioso che collabora con l'ospedale. Per i pazienti di fede non cattolica l'assistenza religiosa può essere richiesta informandone il Capo-sala.

Le visite dei medici

La visita medica è un momento diagnostico-terapeutico fondamentale ed è quindi assolutamente necessario rimanere nella propria stanza durante gli orari stabiliti ed evidenziati in una scheda allegata a questo opuscolo.

Al di fuori di questi orari Lei potrà uscire dal reparto che la ospita, rimanendo entro l'area dell'ospedale, dopo aver chiesto il permesso agli operatori sanitari informandoli della sua destinazione.

L'utente ed i suoi diritti

L'ospite ha diritto di chiedere informazioni complete riguardanti la diagnosi anche provvisoria, e la prognosi in termini per lui facilmente comprensibili.

Inoltre potrà ottenere informazioni essenziali riguardanti l'organizzazione dei servizi, i compiti e le attribuzioni di amministratori ed operatori.

Come avere informazioni dai medici

E' un diritto fondamentale del paziente essere informato sulle proprie condizioni di salute.

Pertanto sia il Primario che i medici del reparto sono disponibili in orari stabiliti (vedi scheda allegata) per fornire tutti i chiarimenti necessari a Lei ed ai suoi familiari.

Il servizio trasfusionale

L'azienda ospedaliera garantisce al paziente in collaborazione con le associazioni di volontariato preposte, la somministrazione di sangue in caso di necessità.

E' altresì possibile effettuare l'autotrasfusione per pazienti che ne facciano richiesta.

La pulizia e l'ordine

La pulizia di armadietti, letti e comodini viene effettuata da apposito personale.

La preghiamo di mantenere in ordine questi arredi e la sua stanza.

In particolare Le chiediamo di non tenere in camera fiori o piante che possono essere fonte di infezioni.

Per evitare disordine e per facilitare le operazioni di pulizia si prega di non tenere sedie o sdraie e di non lasciare oggetti fuori dagli armadi personali; ai familiari non è consentito sedersi sui letti.

Il silenzio e la tranquillità

Per non arrecare disturbo agli altri pazienti, La preghiamo di evitare il più possibile i rumori, di parlare a bassa voce durante le visite e di moderare il volume della radio e della televisione.

Per favorire il riposo notturno è obbligatorio il silenzio dalle ore.....alle ore.....

Il fumo

E' assolutamente vietato fumare nelle stanze, nei corridoi e nelle corsie dei reparti di cura: questo per disposizioni di legge e, soprattutto, per rispetto della salute propria e degli altri pazienti.

I pasti

La colazione viene servita alle ore.....il pranzo alle ore....., e la cena alle ore.....circa; durante la distribuzione del vitto i parenti sono pregati di non transitare nei corridoi.

Durante la permanenza in ospedale è sconsigliato integrare l'alimentazione con cibi e bevande provenienti dall'esterno: se lo si desidera, il Capo-sala ed i medici possono fornire i necessari chiarimenti al riguardo.

Per alcune categorie di pazienti i cibi provenienti dall'esterno sono sempre proibiti.

Abbiamo cercato di offrire cibi il più possibile gradevoli, puntando sulla qualità e varietà. Il menù prevede piatti tradizionali e qualche novità, tutti cucinati in modo tale da assicurare la massima digeribilità.

I pasti verranno serviti in vassoi personalizzati che ne garantiscono l'igiene e la tenuta termica.

Il menù è articolato in n. giorni, per ognuno dei quali sono previsti piatti diversi, sia per il pranzo che per la cena.

I pazienti potranno inoltre richiedere al Capo-sala di poter prendere visione del menù giornaliero.

A volte il sapore dei cibi potrà sembrare meno gradevole per problemi derivanti dalla malattia stessa o dai farmaci che vengono somministrati; comunque come regola generale i cibi vengono preparati con una ridotta quantità di sale e di condimenti.

Non tutti possono usufruire dei cibi previsti dal menù e pertanto il dietista del presidio ospedaliero, dietro prescrizione medica, sarà a disposizione per fornire una dieta personalizzata

Queste le diete più comuni che vengono servite:

- Dieta iposodica: con poco sale; è una dieta utile per tutti ed in special modo per chi ha la "pressione alta" però i cibi saranno meno saporiti;
- Dieta per diabetici: con minore quantità di zuccheri, di pasta e di pane;
- Dieta ipoproteica con poche proteine e quindi con minor quantità di carne, uova, formaggi e legumi.

La pasta ed il pane sono aproteici, cioè privati della componente proteica e quindi hanno un gusto meno gradevole;

- Dieta ipolipidica con pochi grassi quali olio, burro, formaggi, prosciutto, utile per chi ha il "colesterolo alto";
- Dieta ipocalorica: con una minore quantità di alimenti e comunque vengono privilegiati quelli a minor contenuto di calorie; è indicata in chi presenta un peso corporeo eccessivo.

Ricordiamo che i cibi ricchi di fibre come la verdura e la frutta, importanti per una corretta alimentazione, vengono sospesi tre giorni prima di un esame radiologico con mezzi di contrasto (es: urografia).

Inoltre coloro che debbono essere sottoposti ad un intervento chirurgico necessitano di un periodo di digiuno che in generale viene attuato la sera prima.

Il genitore che assiste il figlio ricoverato può richiedere al Capo-sala il buono per usufruire dei pasti previo pagamento di una quota fissata dall'Azienda stessa.

Le visite di parenti e amici

Ogni paziente può ricevere visite da parte di parenti ed amici.

E' necessario però che tali visite non siano d'ostacolo alle attività mediche e che non arrechino disturbo al riposo degli altri pazienti ricoverati.

Per questo La preghiamo di ricevere soltanto un visitatore alla volta rispettando gli orari stabiliti esposti all'ingresso del reparto.

Inoltre non sono ammesse visite di bambini al di sotto dei 12 anni in quanto fino a questa età l'ospedale è un ambiente sconsigliabile, sia per il rischio di trasmissione di malattie infettive che per le situazioni di disagio che si possono creare.

Per qualunque esigenza particolare potrà comunque rivolgersi al Capo-sala che può concedere permessi di visita autorizzati dal Primario.

All'interno del presidio ospedaliero esistono appositi spazi destinati ad attività varie di socializzazione dotate anche di apparecchi telefonici a disposizione degli ospiti.

La dimissione

Al momento della dimissione Le verrà rilasciata una documentazione da consegnare al medico curante.

Le sarà inoltre possibile richiedere presso la Direzione sanitaria, nei giorni ed orari sottospecificati, copia della cartella clinica, di radiografie effettuate durante la degenza ed altra documentazione previo pagamento dei relativi diritti:

- dal al
- dalle ore alle ore
- dalle ore alle ore

Presso gli ambulatori sarà possibile effettuare le visite di controllo successive alla dimissione in giorni ed orari prestabiliti e previo appuntamento da concordare con il personale medico.

Le facciamo inoltre presente che per le prestazioni da Lei ricevute, sia durante la sua degenza in ospedale che in occasione delle successive visite di controllo che effettuerà presso gli ambulatori, nulla è dovuto al personale sia medico che infermieristico ivi preposto.

Numeri telefonici di maggior interesse

- PRESIDIO OSPEDALIERO - CENTRALINO Tel.
- EMERGENZA MEDICA Tel.
- CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE Tel.
- UFFICIO INFORMAZIONI Tel.

IL RICOVERO OSPEDALIERO
Allegato 4
Scheda informativa sul reparto di degenza

Ogni reparto consegnerà al ricoverato una scheda con informazioni specifiche del reparto stesso.

Deve essere specificato:

- Il nome del Primario
- Il nome del Capo sala
- Una giornata tipo di degenza
- Regole di convivenza in comunità
- Orario di ricevimento dei parenti
- Altre notizie utili

IL RICOVERO OSPEDALIERO
Allegato 4/bis
Le informazioni relative al reparto di degenza

Gentile ospite,

La salutiamo cordialmente e ci auguriamo che il suo arrivo in questo reparto avvenga nel migliore dei modi e che la sua permanenza possa essere il più possibile tranquilla e serena: da parte nostra, Le possiamo assicurare tutto il nostro impegno e la nostra disponibilità.

Per qualunque necessità può comunque rivolgersi al personale in servizio identificabile dal cartellino di riconoscimento.

La preghiamo di leggere con attenzione questo opuscolo che illustra i vari aspetti della vita del nostro ospedale.

Le informazioni che vi troverà Le saranno utili per accedere in modo più snello e meno difficoltoso ai servizi offerti dal nostro ospedale, per meglio soggiornarvi e per comprendere come anche Lei, con il suo comportamento, possa facilitare il lavoro degli operatori sanitari.

Allegata a questo opuscolo troverà una scheda che Lei potrà usare per comunicarci eventualmente i suoi giudizi, le sue osservazioni e le sue proposte sui servizi offerti e che saranno tenuti nel debito conto al fine di venire incontro, nel modo più completo possibile, alle attese ed alle esigenze dei nostri ospiti.

Questa scheda potrà essere inviata mediante il servizio postale alla Direzione Sanitaria di questa Unità Sanitaria Locale, oppure consegnata direttamente agli operatori sanitari che provvederanno a farla pervenire all'ufficio preposto.

Per ogni informazione o reclamo inerente i servizi erogati dall'Unità Sanitaria Locale Lei potrà rivolgersi all'apposito "Ufficio informazioni" al numero telefonico.

Siamo certi di poter contare sulla sua collaborazione.

Il Primario

UNITA' OPERATIVA DI _____

Primario Dr./Prof.: _____

Con questa scheda desideriamo fornirle alcune informazioni su questa Unità Operativa:

Il Capo sala è il Sig.. _____ al quale, come a tutti gli altri operatori sanitari, lei potrà rivolgersi in caso di necessità.

L'orario di visita ai degenti è dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____.

L'orario della visita medica è al mattino dalle ore _____ alle ore _____.

L'orario di ricevimento del Primario e dei suoi collaboratori medici per informazioni ai degenti ed ai familiari è previsto dalle ore _____ alle ore _____.

L'orario della Santa Messa è dalle ore _____ alle ore _____ di tutti i giorni festivi.

Informazioni specifiche

La presenza di personale estraneo adibito all'assistenza dei degenti deve essere concordata con il personale medico od il caposala.

E' vietato restare o sostare nelle stanze durante la visita medica, la somministrazione delle terapie, o comunque contemporaneamente alla presenza di personale di servizio.

I dimessi dal reparto, per le successive visite di controllo, potranno ricorrere ad una delle strutture poliambulatoriali dell'Unità Sanitaria Locale in giorni ed orari prestabiliti previo appuntamento e con le modalità da concordare con il personale medico.

IL RICOVERO OSPEDALIERO
Allegato 5
Questionario per i degenti ospedalieri

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande per aiutarci a migliorare l'assistenza nel nostro ospedale. Sbarri il quadrato sotto l'espressione che meglio esprime la Sua opinione, come indicato nell'esempio qui sotto, con una penna nera o blu od una matita.

Esempio

Le risposte rimarranno anonime e non saranno viste dal personale del reparto. Se crede può farsi aiutare dai Suoi familiari od amici nel compilare questa scheda. Le saremo grati se segnalerà gli aspetti positivi e negativi del Suo ricovero in dettaglio, ma Le preghiamo di farlo sul retro di questo foglio.

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Un pò insoddisfatto	Molto insoddisfatto
- Che cosa pensa rispetto a:				
- Assistenza medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Assistenza infermieristica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Informazioni ricevute dai medici sulla diagnosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Informaz. ricevute dai medici su decorso malattia e cure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Informazioni ricevute dagli infermieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'orario e l'organizzazione delle visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'atmosfera di reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tipo di relazioni umane nel reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La pulizia nel reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pulizia ed igiene dei servizi igienici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ambiente e comfort (arredamento, tranquillità, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'organizzazione della giornata nel reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cibo:				
Presentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orari pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Telefoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Grado di soddisfazione del Suo ricovero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commenti in dettaglio: Aspetti positivi _____

Aspetti da migliorare _____

ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICHE

Allegato 6/A

Questionario per la raccolta del giudizio degli utenti sul funzionamento del servizio

Prenotazione

- A1 Le informazioni sulle caratteristiche degli esami e sulla loro utilità, che il suo medico di famiglia le ha dato al momento della richiesta degli esami _____ sono risultate:
- buone
 - sufficienti
 - insufficienti
- A2 Il medico di famiglia le ha fornito informazioni su cosa fare e dove recarsi per ottenere la prenotazione degli esami?
- Sì No
- A3 Con chi e con quale mezzo è andato al posto di prenotazione degli esami?
- autobus da solo
 - auto accompagnato
 - a piedi
 - altro
- A4 A quale posto di prenotazione si è recato?
- Ospedale Ambulatorio
- A5 Secondo lei il posto di prenotazione è:
- accessibile
 - poco accessibile
 - non accessibile
 - non so
- A6 La segnaletica esterna al posto di prenotazione è:
- adeguata
 - poco adeguata
 - non adeguata
 - non c'è

- A7 La segnaletica interna al posto di prenotazione:
- adeguata
 - poco adeguata
 - non adeguata
 - non c'è
- A8 La sala di attesa nel posto di prenotazione:
- accogliente
 - poco accogliente
 - non adeguata
 - non c'è
- A9 Il tempo di attesa allo sportello è stato:
- meno di 15 minuti
 - da 15 a 30
 - da 30 a 60
 - oltre
- A10 Gli orari di apertura dello sportello corrispondono alle sue esigenze?
- Sì No
- A11 I giorni di attesa per la prenotazione sono a suo giudizio da ritenersi:
- accettabili
 - adeguati
 - eccessivi
- A12 Allo sportello di prenotazione ha trovato un atteggiamento degli operatori corretto e disponibile?
- Sì No
- A13 Nel servizio effettuato gli operatori hanno dimostrato preparazione professionale:
- ottima
 - buona
 - sufficiente
 - insufficiente
- A14 Il personale che lei ha incontrato per la prenotazione portava il cartellino di riconoscimento con foto, nome, cognome e qualifica?
- Sì No

A15 Allo sportello di prenotazione le sono state fornite le informazioni necessarie per effettuare gli esami?

Sì No

A16 E' a conoscenza della possibilità che lei ha di presentare reclami o proposte sul funzionamento del servizio?

Sì No

ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICHE

Allegato 6/B

Questionario per la raccolta del giudizio degli utenti sul funzionamento del servizio

Accettazione/Prelievo/

B1 Con chi e con quale mezzo s'è recato al Servizio per gli esami?

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> autobus | <input type="checkbox"/> da solo |
| <input type="checkbox"/> auto | <input type="checkbox"/> accompagnato |
| <input type="checkbox"/> a piedi | |
| <input type="checkbox"/> altro | |

B2 In quale sede si è recato?

- Ospedale
-
-
-

B3 Secondo lei il Servizio..... è:

- accessibile
- poco accessibile
- non accessibile
- non so

B4 La segnaletica esterna al Servizio..... è:

- adeguata
- poco adeguata
- non adeguata
- non c'è

B5 La segnaletica interna al Servizio..... è:

- adeguata
- poco adeguata
- non adeguata
- non c'è

- B6 La sala di attesa è:
- accogliente
 - poco accogliente
 - non adeguata
 - non c'è
- B7 Il tempo di attesa per l'accettazione e per l'espletamento della prestazione è stato complessivamente:
- meno di 15 minuti
 - da 15 a 30
 - da 30 a 60
 - da 60 a 90
 - oltre
- B8 Ha trovato un atteggiamento corretto e disponibile da parte degli operatori?
- Sì No
- B9 Nel servizio effettuato gli operatori hanno dimostrato preparazione professionale?
- ottima
 - buona
 - sufficiente
 - insufficiente
- B10 Il personale che lei ha incontrato nei vari momenti portava il cartellino di riconoscimento con foto, nome, cognome e qualifica?
- Sì No
- B11 Le sono state date adeguate informazioni per il ritiro della risposta?
- Sì No
- B12 E' a conoscenza della possibilità che lei ha di presentare reclami o proposte sul funzionamento del servizio?
- Sì No

ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICHE

Allegato 6/C

Questionario per la raccolta del giudizio degli utenti sul funzionamento del servizio.....

Ritiro risposta

- C1 Gli orari dello sportello per la consegna della risposta corrispondono alle sue esigenze?
 Sì No
se no, indichi un orario diverso.....
- C2 Ha ritirato personalmente le risposte?
 Sì No
- C3 Ritiene che il modo di consegna della risposta rispetti il diritto alla riservatezza degli esami?
 Sì No
- C4 Preferirebbe che la risposta le fosse inviata a casa a sue spese?
 Sì No
- C5 La risposta degli esami verrà riportata:
 medico di famiglia
 al medico specialista
 altro
 a nessuno
- C6 Le informazioni contenute nella risposta sono:
 chiare
 poco chiare
 non so
- C7 Indichi il tempo trascorso dalla richiesta del medico alla riconsegna della risposta degli esami:
 24 ore 8 giorni
 48 ore 15 giorni
 4 giorni altro

- C8 A suo giudizio, tenuto conto dei tempi tecnici necessari all'esecuzione degli esami, il tempo trascorso dalla richiesta del medico alla riconsegna della risposta è:
- troppo lungo
 - lungo
 - appropriato
- C9 Allo sportello per il ritiro delle risposte ha trovato un atteggiamento corretto e disponibile da parte degli operatori?
- Sì No
- C10 Nel servizio effettuato gli operatori hanno dimostrato preparazione professionale?
- ottima
 - buona
 - sufficiente
 - insufficiente
- C11 Il personale che lei ha incontrato per la prenotazione, il prelievo e il ritiro delle risposte portava il cartellino di riconoscimento con foto, nome, cognome e qualifica?
- Sì No
- C12 E' a conoscenza della possibilità che lei ha di presentare reclami o proposte sul funzionamento del servizio?
- Sì No

Suggerimenti sul servizio:

LA MEDICINA GENERALE E PEDIATRICA DI LIBERA SCELTA

Allegato 7

Regolamento dei diritti e dei doveri dell'utente malato

L'articolato che segue costituisce espressione ed integrazione dei principi contenuti nei sottoindicati documenti, elaborati alla luce di norme di diritto internazionale:

- *"Carta dei diritti del paziente", approvata nel 1973 dalla American Hospital Association;*
- *"Carta dei diritti del malato", adottata dalla CEE in Lussemburgo dal 6 al 9 maggio 1979;*
- *"Carta dei 33 diritti del cittadino", redatta nella prima sessione pubblica per i diritti del malato, in Roma il 29 giugno 1980;*
- *Art. 25 della "Dichiarazione universale dei diritti dell'Uomo" - Artt. 11 e 13 della "Carta sociale europea 1961";*
- *Art. 12 della "Convenzione internazionale dell'ONU sui Diritti economici, sociali e culturali", 1966;*
- *Risoluzione n. 23 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 1970, che trovano piena corrispondenza nei principi della Carta Costituzionale (artt. 2 - 3 - 32).*

I DIRITTI

Art. 1

Il paziente ha diritto di essere assistito e curato con premura ed attenzione, nel rispetto della dignità umana e delle proprie convinzioni filosofiche e religiose.

Art. 2

In particolare, durante la degenza ospedaliera ha diritto ad essere sempre individuato con il proprio nome e cognome anziché, secondo una prassi che non deve essere più tollerata, col numero o col nome della propria malattia.

Ha, altresì, diritto di essere interpellato con la particella pronominale "Lei".

Art. 3

Il paziente ha diritto di ottenere dalla struttura sanitaria informazioni relative alle prestazioni dalla stessa erogate, alle modalità di accesso ed alle relative competenze.

Lo stesso ha il diritto di poter identificare immediatamente le persone che lo hanno in cura.

Art. 4

Il paziente ha diritto di ottenere dal sanitario che lo cura informazioni complete e comprensibili in merito alla diagnosi della malattia, alla terapia proposta e alla relativa prognosi.

Art. 5

In particolare, salvo i casi di urgenza nei quali il ritardo possa comportare pericolo per la salute, il paziente ha diritto di ricevere le notizie che gli permettano di esprimere un consenso effettivamente informato prima di essere sottoposto a terapie od interventi; le dette informazioni debbono concernere anche i possibili rischi o disagi conseguenti al trattamento.

Ove il sanitario raggiunga il motivato convincimento dell'inopportunità di una informazione diretta, la stessa dovrà essere fornita, salvo espresso diniego del paziente, ai familiari o a coloro che esercitano potestà tutoria.

Art. 6

Il paziente ha, altresì, diritto di essere informato sulla possibilità di indagini e trattamenti alternativi, anche se eseguibili in altre strutture.

Ove il paziente non sia in grado di determinarsi autonomamente le stesse informazioni dovranno essere fornite alle persone di cui all'articolo precedente.

Art. 7

Il paziente ha diritto di ottenere che i dati relativi alla propria malattia ed ogni altra circostanza che lo riguardi, rimangano segreti.

Art. 8

Il paziente ha diritto di proporre reclami che debbono essere sollecitamente esaminati, ed essere tempestivamente informato sull'esito degli stessi.

La diretta partecipazione all'adempimento di alcuni doveri è la base per usufruire pienamente dei propri diritti. L'impegno personale ai doveri è un rispetto verso la comunità sociale e i servizi sanitari usufruiti da tutti i cittadini. Ottemperare ad un dovere vuol dire anche migliorare la qualità delle prestazioni erogate da parte dei servizi sanitari della propria USL.

I DOVERI

1) Il cittadino malato quando accede in una struttura sanitaria della USL è invitato ad avere un comportamento responsabile in ogni momento, nel rispetto e nella comprensione dei diritti degli altri malati, con la volontà di collaborare con il personale medico, infermieristico, tecnico e con la direzione della sede sanitaria in cui si trova.

2) L'accesso in ospedale o in un'altra struttura sanitaria esprime da parte del cittadino-paziente un rapporto di fiducia e di rispetto verso il personale sanitario, presupposto indispensabile per l'impostazione di un corretto programma terapeutico e assistenziale.

3) E' un dovere di ogni paziente informare tempestivamente i sanitari sulla propria intenzione di rinunciare, secondo la propria volontà', a cure e prestazioni sanitarie programmate affinché possano essere evitati sprechi di tempi e risorse.

4) Il cittadino è tenuto al rispetto degli ambienti, delle attrezzature e degli arredi che si trovano all'interno della struttura ospedaliera, ritenendo gli stessi patrimonio di tutti e quindi anche propri.

5) Chiunque si trovi in una struttura sanitaria della USL (ospedale, poliambulatorio ecc..) è chiamato al rispetto degli orari delle visite stabiliti dalla Direzione Sanitaria, al fine di permettere lo svolgimento della normale attività assistenziale terapeutica e favorire la quiete e il riposo degli altri pazienti. Si ricorda inoltre che per motivi igienico sanitari e per il rispetto degli altri degenti presenti nella stanza ospedaliera è indispensabile evitare l'affollamento intorno al letto.

6) Per motivi di sicurezza igienico-sanitari nei confronti dei bambini si sconsigliano le visite in ospedale dei minori di anni dodici. Situazioni eccezionali di particolare risvolto emotivo potranno essere prese in considerazione rivolgendosi al personale medico del reparto.

7) In situazione di particolare necessità le visite al degente, al di fuori dell'orario prestabilito dovranno essere autorizzate con permesso scritto rilasciato dal Primario o da persona da lui delegata. In tal caso il familiare autorizzato dovrà uniformarsi alle regole del reparto ed avere un rispetto consono all'ambiente ospedaliero, favorendo al contempo la massima collaborazione con gli operatori sanitari.

8) Nella considerazione di essere parte di una comunità è opportuno evitare qualsiasi comportamento che possa creare situazioni di disturbo o disagio agli altri degenti (rumori, luci accese, radioline con volume alto, ecc.).

9) E' dovere rispettare il riposo sia giornaliero che notturno degli altri degenti. Per coloro che desiderino svolgere eventuali attività ricreative sono disponibili le sale soggiorno ubicate all'interno di ogni reparto.

10) In ospedale è vietato fumare. Il rispetto di tale disposizione è un atto di accettazione della presenza degli altri e un sano personale stile di vivere nella struttura ospedaliera.

11) L'organizzazione e gli orari previsti nella struttura sanitaria nella quale si accede, devono essere rispettati in ogni circostanza. Le prestazioni sanitarie richieste in tempi e modi non corretti determinano un notevole disservizio per tutta l'utenza.

12) E' opportuno che i pazienti ed i visitatori si spostino all'interno della struttura ospedaliera utilizzando i percorsi riservati ad essi, raggiungendo direttamente le sedi di loro stretto interesse.

13) Il personale sanitario, per quanto di competenza, è invitato a far rispettare le norme enunciate per il buon andamento del reparto ed il benessere del cittadino malato.

14) Il cittadino ha diritto ad una corretta informazione sull'organizzazione della struttura sanitaria, ma è anche un suo preciso dovere informarsi nei tempi e nelle sedi opportune.

Allegato 8

ELENCO DEI DIRITTI CONTENUTI NELLE CARTE PROCLAMATE A LIVELLO LOCALE

Le Carte dei diritti sono documenti pubblici nei quali vengono individuati diritti specifici e concreti sulla base dell'esperienza quotidiana dei cittadini, con il fine di interpretare il più generale diritto alla salute previsto dalla Costituzione e diritti specifici contenuti nelle leggi e darne quindi effettiva attuazione.

Esse sono il frutto di una vasta consultazione popolare, sono fondate sulla raccolta di testimonianze, sono precedute da un lavoro istruttorio per evincere i diritti di cui si denuncia la violazione e vengono proclamate nel corso di una seduta pubblica, alla presenza della popolazione e delle autorità locali.

Considerata la loro natura legata a situazioni determinate, le carte hanno dimensione di unità sanitaria locale.

E' compito delle aziende sanitarie favorire la proclamazione di tali carte, stimolando in tal senso le organizzazioni dei cittadini, nonché di recepirle e diffonderle.

Si riporta in allegato l'elenco dei diritti contenuti nelle 90 carte già proclamate al livello locale.

Non si tratta di una carta nazionale, ma di un punto di riferimento utile a comprendere quali sono le aree di cui tenere conto per rendere i servizi più aderenti alle attese dei cittadini.

La competenza e la professionalità degli operatori

- 1 a ricevere una diagnosi preventiva, accurata e coscienziosa
- 2 alla consulenza dei membri della Équipe medica e a che questa sia realmente coordinata al suo interno, svolga riunioni periodiche di staff e curi la consegna tra un turno e l'altro
- 3 alla visita del proprio medico di famiglia e ad essere da lui seguito per tutta la degenza, nonché al consulto tra questo e i medici ospedalieri
- 4 a che le dimissioni siano disposte dagli stessi medici che hanno seguito il malato fin dal ricovero, con comunicazione al medico personale
- 5 al rispetto del divieto di fumare

- 6** a che gli operatori sanitari adottino comportamenti igienici e non lesivi del bisogno dell'utente, quali il lavorare con unghie sporche, senza indumenti prescritti o con indumenti sporchi.

La qualità e l'adeguatezza della assistenza

- 7** a ricevere le terapie e la somministrazione dei farmaci prescritti agli orari stabiliti e senza interruzione anche nei periodi festivi e notturni
- 8** a una gestione amministrativa e organizzativa efficiente soprattutto nei periodi estivi e per quanto riguarda le pratiche burocratiche, con criteri di utilizzazione del personale che non provochino disagi (come, ad esempio, nel caso dei turni per il periodo di ferie)
- 9** all'assistenza post-operatoria e post-ospedaliera
- 10** ad avere una assistenza medica e infermieristica adeguata per numero di operatori, loro presenza in servizio, qualificazione, professionalità e cortesia
- 11** ad avere per ogni posto letto campanelli di allarme funzionanti e a ricevere subito risposta alle proprie chiamate
- 12** a essere ricoverati, in caso di malattie gravi o contagiose, in stanze riservate
- 13** ad essere assegnati al reparto giusto

L'efficacia delle strutture di pronto soccorso

- 14** al trasporto con l'ambulanza gratuito, tempestivo ed efficiente, cioè con personale medico e paramedico adeguato alle esigenze
- 15** ad avere un adeguato pronto soccorso, collegato con le altre strutture e con la presenza di personale proprio e di attrezzature specifiche.

L'eliminazione di sprechi di tempo e di denaro

- 16** a non fare lunghe file di attesa per le prenotazioni, per il pagamento dei ticket e per gli altri adempimenti burocratici connessi alle prestazioni sanitarie e ad avere adeguati sistemi di gestione (numero di prenotazione, sale di attesa, ecc.)

- 17 a essere trattato come utente pagante, senza essere costretti a chiedere favoritismi per ottenere migliori prestazioni
- 18 al controllo dei sistemi di accettazione negli ospedali
- 19 a non dover ricorrere all'assistenza integrativa a pagamento nelle ore notturne (a che non ci siano in ospedale badanti e altro personale assistenziale estraneo alle strutture)
- 20 a non subire lunghi tempi di attesa per i ricoveri soprattutto nel caso in cui questi siano programmati
- 21 ad avere assicurato il proprio letto anche in caso di assenza per alcuni giorni
- 22 ad effettuare esami e accertamenti e ricevere i relativi esiti in breve tempo ed evitando scambi di persone nella consegna dei referti

La deospedalizzazione

- 23 alla assistenza in day hospital o strutture simili (centri multizonali) se non è necessaria la degenza
- 24 ad avere assistenza domiciliare se necessario
- 25 al funzionamento dei servizi ambulatoriali e territoriali
- 26 a essere in un ospedale il più vicino possibile alla propria abitazione

L'adeguatezza delle strutture e delle strumentazioni

- 27 alla protezione dalle radiazioni in casi di accertamenti radiologici, sia per il malato che per il personale
- 28 a essere curato e operato con strumenti e oggetti sanitari sterilizzati e non usati (se questo implica infezioni, ecc.) e alla massima sicurezza degli impianti
- 29 ad avere locali e servizi connessi alle esigenze ospedaliere, quali camere mortuarie, reparti e locali per malati infetti o particolari, sale mortuarie, farmacie ospedaliere, ecc.
- 30 ad avere strutture consone alle esigenze delle prestazioni sanitarie (porte di misura adeguata, montacarichi, montalettighe, ecc.)

- 31 ad avere ascensori funzionanti, puliti e funzionali
- 32 ad avere, se necessario, stampelle, sedie a rotelle, e altri strumenti di ausilio alla deambulazione o alla libertà di movimento funzionanti
- 33 a che non ci siano barriere architettoniche
- 34 all'assenza, nella zona degli ospedali, di industrie, impianti rumorosi, discariche e altri manufatti che creino molestia

Il rispetto della dignità e dei diritti della persona

- 35 al rispetto della propria dignità, intimità e pudore
- 36 ad essere trattato con cortesia e umanità, senza arroganza
- 37 a non essere chiamato con il tu o con il nome della malattia
- 38 alla segretezza sul motivo del ricovero e sulle dichiarazioni rese ad operatori sanitari, la segretezza della propria cartella clinica nei confronti di persone estranee al servizio
- 39 a mantenere il proprio vestiario e a non usare il pigiama se non strettamente necessario
- 40 ad avere bagni provvisti di chiusura
- 41 ad avere box, divisioni, paraventi, ecc. per garantire la privacy durante le visite mediche e le terapie
- 42 ad avere aree per potersi cambiare privatamente
- 43 ad avere riconosciuta una effettiva parità per quanto riguarda differenze di sesso, cultura, condizione economica età, lingua, nazionalità, religione
- 44 ad avere il rispetto per la propria fede e alla assistenza religiosa, se richiesta
- 45 a non essere ingiuriati e insultati o ricevere trattamenti spiacevoli da parte degli operatori in seguito a qualche azione compiuta o per qualche omissione
- 46 per il malato detenuto, di avere tutta l'assistenza possibile e l'attuazione della carta dei diritti del malato

La protezione dei soggetti deboli

- 47 ad avere assistenza adeguata per il malato non autosufficiente, in particolare per l'anziano (per mangiare, andare in bagno, curare l'igiene personale, deambulare, ecc.) sia da parte del personale infermieristico che dai parenti
- 48 a vedere riconosciuti i propri diritti per il degente handicappato (in particolare quello alla cura e alla riabilitazione) e la possibilità di usufruire di sedie a rotelle e altro per gli spostamenti
- 49 per il malato anziano a non subire il ricovero per richiesta dei parenti quando non è necessario
- 50 al riconoscimento per la donna degente, della propria soggettività culturale e psicofisica, alla libera scelta dei valori (aborto, ecc.)
- 51 per l'alcolista, ad avere una adeguata assistenza senza discriminazioni
- 52 alla possibilità, per il malato tossicodipendente, di usufruire senza discriminazioni di adeguato ricovero per terapie disintossicanti; ad avere informazioni sull'assunzione di sostanze stupefacenti e a ricevere cure in comunità terapeutiche
- 53 per l'emodializzato, a essere curato in reparti adeguati e all'assistenza da parte di personale appositamente formato; a cure gratuite domiciliari; all'essere messo in contatto con centri di trapianto nazionali e regionali
- 54 per il malato di AIDS, a essere curato, a non subire discriminazioni e ad avere personale specializzato
- 55 per il malato con disturbi mentali, al rispetto della dignità; alla libertà di movimento di relazione e alla libera scelta del terapeuta, delle cure e del luogo di ricovero

L'informazione

- 56 ad avere preventivamente informazioni corrette, chiare ed esaustive sulla diagnosi, sulla cura della propria malattia, sulla durata e sui possibili disagi

fastidi e pericoli connessi

- 57 a dare la propria autorizzazione alle sperimentazioni relative ai farmaci, terapie, ecc. dopo una accurata informazione
- 58 ad avere a disposizione una cartella clinica chiara, leggibile e contenente tutte le informazioni indispensabili sul soggetto, la malattia, ecc. e, una volta dimessi, a ottenere subito la cartella clinica
- 59 a fornire informazioni agli operatori circa la propria malattia, eventuali sintomi, il proprio stato di salute, ecc.
- 60 ad avere informazioni sulla struttura ospedaliera e sui servizi sanitari (orari, dislocazione, ecc.) e sulla loro accessibilità
- 61 a potere identificare il personale che dovrebbe essere dotato di cartellini di riconoscimento con nome e qualifica
- 62 a conoscere gli onorari dei medici ospedalieri che svolgono attività interna libero-professionale

La salvaguardia dei ritmi di vita del cittadino

- 63 al rispetto dei ritmi e orari della vita quotidiana, come gli orari di sveglia, dei pasti, delle relazioni sociali, dello svago, ecc.
- 64 ad avere a disposizione sale di incontro e di ricreazione adeguatamente allestite
- 65 a non essere costretto a rimanere a letto senza giustificato motivo
- 66 ad avere la disponibilità di telefoni
- 67 a orari di visita adeguati alle esigenze familiari e di lavoro
- 68 a usufruire di un servizio di segretariato per l'espletamento di pratiche personali ed urgenti (ritiro di pensioni, pagamento delle bollette, ecc.)
- 69 ad avere sale di attesa per parenti o per coloro che attendono per le visite, gli esami, le terapie, ecc.

70 ad una adeguata presenza di servizi quali barbiere o parrucchiere, spaccio, bar, giornalaio-libreria

Il comfort

71 a vedere rispettate elementari norme igieniche relative ai bagni e alle docce, ai pavimenti, alle lenzuola e alle stoviglie, senza la presenza di scarafaggi, insetti, ecc. e alla presenza di strumenti di lotta alle infezioni

72 a non essere collocato in corridoi o locali superaffollati o con brandine e ad avere, nella stanza di degenza, almeno una finestra verso l'esterno

73 ad avere un posto letto confortevole (coperte, cuscini, lenzuola senza rattoppi, materassi di buona qualità, materiale antidecubito, ecc.)

74 ad avere a disposizione posate, piatti, tovaglie e tovaglioli e acqua potabile e strutture e luoghi propri dove mangiare

75 ad avere spazi per gli oggetti personali (mobiletto, armadietti o anta di un armadio ecc.) e un adeguato arredamento della stanza (cestino dei rifiuti, sedia, scrittoio o tavolino ,ecc.)

76 a un riposo tranquillo, notturno e diurno, anche durante l'esecuzione delle terapie

77 all'igiene dei luoghi di soggiorno e delle stanze da letto, a che siano prive di topi, scarafaggi e altri animali, cumuli di polvere, strumenti usati quali pappagalli o padelle, biancheria sporca , ecc. e a un efficace servizio di raccolta di rifiuti

78 a usufruire di servizi igienici funzionanti e in un numero sufficiente, tali da consentire a tutti una adeguata igiene personale, dotati di acqua calda corrente e provvisti degli accessori indispensabili (docce, bidet, vasche, lavandini, specchi, carta igienica, scopini, copriwater, tavolette asciugamani a getto d'aria, mensole, tappeti antisdrucchiolo, ecc.)

79 al rifacimento quotidiano dei letti e al cambio delle lenzuola almeno una volta ogni quattro giorni

80 ad avere diete e nutrizione variata, di buona qualità, igienicamente sicura e adeguata alla propria malattia

La tutela dei diritti

- 81 a vedere riconosciuto il danno subito e al risarcimento senza lunghe attese e costose procedure
- 82 ad avere propri rappresentanti in ospedale (es. centri per i diritti del malato) e ad essere tutelati da essi nei confronti del personale e della amministrazione
- 83 ad avere l'assistenza necessaria in caso di sciopero e all'avviso preventivo
- 84 a partecipare, tramite propri rappresentanti, alla contrattazione collettiva con i sindacati, lo stato, ecc.

La tutela del parto

- 85 per la donna partoriente, alla riservatezza e al riconoscimento della propria dignità
- 86 a vivere il parto, per la donna, come un evento fisiologico e non patologico
- 87 a usufruire di tecniche di parto aggiornate e ad almeno a due esami ecografici nel periodo di gravidanza
- 88 per la donna partoriente, a fruire della presenza di almeno una persona di sua fiducia
- 89 a che la madre sia insieme al bambino sin dalla nascita

L'accoglienza del bambino malato

- 90 a mantenere, per il bambino degente, la vita di relazione; almeno un familiare vicino (con possibilità usufruire delle strutture di servizio) e la possibilità di attività ricreative
- 91 del bambino ad avere collegamenti con la scuola se si tratta di lunga degenza
- 92 del bambino a non essere ricoverato se non in caso di necessità diagnostica
- 93 del bambino ad avere le protesi necessarie con sollecitudine

- 94** del bambino ad essere assistito da personale competente soprattutto per quanto riguarda l'ambito dei rapporti e la psicologia infantile e a non essere trattato con mezzi di contenzione
- 95** per i bambini talassemici, ad avere un ambiente sano e spazioso; ad avere un centro di diagnosi e cura specializzato e ad avere trasfusioni regolari e con sangue fresco e controllato

Il rispetto della morte

- 96** ad una morte umana e dignitosa, essendo aiutato dal personale con un comportamento corrispondente anche nei confronti dei parenti
- 97** dei parenti del defunto di riavere le spoglie il più presto possibile
- 98** a che le salme non vengano abbandonate in luoghi impropri
- 99** a trascorrere, per il degente morente, le ultime ore di vita con il conforto dei familiari , parenti e amici
- 100** a disporre di spazi appositi, a non essere abbandonati e ad avere assistenza adeguata e dignitosa per i malati in fase terminale.

NOTA AL PREAMBOLO DEL DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 19 MAGGIO 1995, SCHEMA GENERALE DI RIFERIMENTO DELLA “CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI”:

L'articolo 2 del decreto-legge 12 maggio 1995, n. 163 (in Gazzetta Ufficiale n. 109 del 12 maggio 1995), coordinato con la legge di conversione 11 luglio 1995, n. 273 (in Gazzetta Ufficiale n. 160 dell'11 luglio 1995) recante “Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni” è il seguente:

Articolo 2 - qualità dei servizi pubblici

1. Con i decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri sono emanati schemi di riferimento di carte dei servizi pubblici, predisporre, d'intesa con le amministrazioni interessate, dal Dipartimento della funzione pubblica per i settori individuati con decreto del Presidente del consiglio dei ministri, ai sensi dell'articolo 5, comma 2, lettere b),e),f), della legge 23 agosto 1988, n. 400, e riportati nell'allegato elenco n. 2.

1-bis. I decreti di cui al comma 1 tengono conto delle norme del “Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni” adottate con decreto del Ministro per la funzione pubblica.

2. Gli enti erogatori di servizi pubblici, non oltre centoventi giorni dalla data di emanazione dei decreti di cui al comma 1, adottano le rispettive carte dei servizi pubblici sulla base dei principi indicati dalla direttiva e dello schema generale di riferimento, dandone adeguata pubblicità agli utenti e comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica.

LINEE-GUIDA N. 2/95

Attuazione della Carta dei servizi nel sistema sanitario nazionale

(supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 203 del 31 agosto 1995, serie generale n. 108).

Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria

Linee-guida n. 2/95

ATTUAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

1. PREMESSA E OBIETTIVI

Il Decreto legge 12 maggio 1995, n.163, convertito dalla legge 11 luglio 1995, n° 273, prevede l'adozione, da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici, anche operanti in regime di concessione o mediante convenzione, di proprie "Carte dei servizi". Per l'adempimento è fissato un termine di 120 giorni a decorrere dalla pubblicazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante lo "schema generale di riferimento". Per il settore sanitario detto schema di riferimento è stato adottato con DPCM del 19 maggio 1995, (G.U. del 31 maggio 95, supplemento n.65). Il termine scade quindi il 13 ottobre 1995.

L'introduzione della Carta dei servizi sanitari costituisce un intervento fortemente innovativo, destinato a modificare in modo sostanziale il rapporto tra i cittadini e il SSN. La Carta rappresenta anche una significativa occasione di miglioramento gestionale del servizio.

L'adozione della Carta dei servizi richiede che le strutture sanitarie si dotino di meccanismi di misurazione del servizio, di informazione agli utenti e di controllo del raggiungimento degli obiettivi la cui diffusione impone un significativo cambiamento culturale, conseguibile solo attraverso una graduale maturazione.

Il termine di 120 giorni, che costituisce solo l'avvio del processo di piena adozione delle Carte di servizi, rappresenta una prima sfida a breve per le strutture del SSN, che sono investite del compito di definire le proprie "Carte dei servizi", pubblicizzarle agli utenti e verificare il raggiungimento degli impegni assunti.

Il Ministero della sanità è consapevole che il processo di attuazione della Carta dei servizi in un settore delicato e complesso come quello sanitario è un'operazione di tale complessità da essere soggetta a forti rischi di insuccesso e che richiede, quindi, supporto e guida da parte dei livelli istituzionali, centrali e regionali, di indirizzo, programmazione e controllo

Le presenti linee-guida rispondono alla finalità di indirizzare, supportare e avviare il monitoraggio delle diverse fasi del processo di diffusione e applicazione delle Carte dei Servizi sanitari. Esse hanno i seguenti obiettivi:

- fornire una serie di prime indicazioni programmatiche e di suggerimenti utili per orientare le iniziative operative proprie del livello locale;
- avviare il sostegno centrale e il monitoraggio al processo di attuazione della Carta nelle strutture sanitarie.

2. I PRINCIPI INFORMATORI DELLA CARTA DEI SERVIZI

Nel presente paragrafo vengono preliminarmente esaminati i principi che caratterizzano la Carta dei servizi, intesa nella sua valenza più generale come *sistema di tutela delle esigenze del cittadino fruitore* dei servizi pubblici. A tali principi infatti dovranno uniformarsi anche le Carte adottate dalle singole strutture sanitarie.

Gli elementi che compongono il sistema della Carta dei servizi in generale ¹ sono i seguenti:

1. *l'individuazione di una serie di principi fondamentali* ai quali deve essere progressivamente uniformata l'erogazione dei servizi pubblici: eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza e efficacia;
2. *la piena informazione dei cittadini utenti*. L'informazione deve riguardare i servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi. L'informazione deve essere resa con strumenti diversi, assicurando comunque la chiarezza e la comprensibilità dei testi oltre che la loro accessibilità al pubblico;
3. *l'assunzione di impegni sulla qualità del servizio* da parte del soggetto erogatore nei confronti dei cittadini utenti, attraverso l'adozione di *standard di qualità*, che sono obiettivi di carattere generale (cioè riferiti al complesso delle prestazioni rese) o anche specifici (cioè direttamente verificabili dal singolo utente);
4. *il dovere di valutazione della qualità dei servizi per la verifica degli impegni assunti, e per il costante adeguamento degli stessi*. Gli strumenti di valutazione vanno dalle relazioni annuali, sottoposte al Comitato nazionale permanente per l'attuazione della Carta dei servizi, alle riunioni pubbliche, alle conferenze dei servizi, alle indagini sulla soddisfazione dei cittadini/utenti;
5. *l'applicazione di forme di tutela dei diritti dei cittadini utenti*, attraverso le procedure di reclamo, e di eventuale ristoro.

Va infine segnalato che i temi cardine della Carta dei servizi risultano assolutamente coerenti con le indicazioni dell'art. 14 del D.lgs 502/1992 sul riordino della disciplina in materia sanitaria.

¹ Il quadro normativo che definisce il sistema della Carta dei servizi è il seguente:

- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici" in G.U. n° 43 del 22 febbraio 1994

- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri dell' 11 ottobre 1994 "Principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico" in G.U. n° 261 dell' 8 novembre 1994

3. SUGGERIMENTI PER DEFINIRE LE CARTE DEI SERVIZI NELLE AZIENDE SANITARIE

Le aziende sanitarie definiscono autonomamente i contenuti specifici delle proprie Carte dei servizi, uniformandosi ai principi generali richiamati nel paragrafo 2 e tenendo conto dei suggerimenti di seguito riportati.

Si ricorda che la valutazione dell'adeguatezza delle Carte dei servizi delle strutture rispetto ai principi generali spetta al Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi pubblici, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri (Dipartimento della funzione pubblica).

3.1. SUGGERIMENTI DI STRUTTURA E CONTENUTO

3.1.1. Articolazione suggerita

Le Carte dei servizi delle strutture sanitarie possono essere articolate secondo la seguente *struttura suggerita*, articolata in quattro sezioni :

:

<p><i>Sez. I. Presentazione dell'azienda sanitaria e principi fondamentali</i> <i>Sez. II. Informazioni sulle strutture e i servizi forniti</i> <i>Sez. III. Standard di qualità impegni e programmi</i> <i>Sez. IV. Meccanismi di tutela e di verifica</i></p>

Nella prima sezione il soggetto erogatore "si presenta al cittadino", dichiarando i propri fini istituzionali nonché i principi fondamentali ai quali intende uniformare la erogazione dei servizi.

Nella seconda sezione sono fornite, con linguaggio chiaro e comprensibile da tutti i cittadini, informazioni di carattere generale sui servizi forniti, sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni nonché sulle strutture di erogazione.

Le informazioni contenute in questa sezione non possono né debbono esaurire il debito informativo del soggetto erogatore nei confronti del cittadino. E' appena il caso di ricordare, con riferimento al tema dell'informazione sui servizi e sulle procedure di accesso e di fruizione, il complesso delle indicazioni contenute nell'art. 14 del d.lgs.502/92, e nelle direttive del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 (informazioni degli utenti) e 11 ottobre 1994 (istituzione e funzionamento degli U.R.P.) nonché nella sezione 3 dello schema generale della Carta dei servizi pubblici sanitari di cui DPCM 19 maggio 1995 .

La terza sezione costituisce la *parte più innovativa e più caratterizzante* delle Carte dei servizi delle strutture sanitarie, ma *anche la più impegnativa* perché l'assunzione diretta di obiettivi, sia sotto forma di standard di qualità, sia sotto forma di impegni programmatici, , richiede l'adozione di *meccanismi di misurazione dei risultati* per poter verificare gli impegni assunti.

L'adozione di standard di qualità è l'elemento di differenza tra le Carte dei servizi delle strutture sanitarie e semplici (ma comunque utili) opuscoli informativi. Si ricorda, tuttavia, che - nella filosofia della Carta dei servizi - la definizione degli standard ha un valore "locale" e limitato al rapporto fra la singola azienda sanitaria e i suoi cittadini utenti.

Gli standard di qualità costituiscono "obiettivi di qualità" e possono essere:

- *standard generali*, riferiti al complesso delle prestazioni rese e verificabili solo sul piano collettivo in occasione delle riunioni pubbliche o delle conferenze di servizi annuali;
- *standard specifici*, riferiti alle prestazioni rese singolarmente al cittadino e quindi direttamente verificabili dal cittadino stesso.

Nella terza sezione possono anche essere contenuti obiettivi di qualità sotto forma di impegni che la USL assume nei confronti dei cittadini/utenti sui fattori di qualità riportati nei modelli ad albero presentati nello schema generale di riferimento della Carta dei servizi sanitari pubblici (DPCM 19 maggio 1995) o di programmi di azione che l'azienda sanitaria si impegna ad attivare nel corso di validità della Carta.

Nella quarta sezione sono indicate le modalità con le quali si assicura la tutela del cittadino utente rispetto agli atti o comportamenti che neghino o limitino la fruibilità delle prestazioni e, più in generale, rispetto ai disservizi. Sono, altresì, indicate le modalità di verifica degli impegni assunti nelle Carte dei servizi pubblici sanitari.

Per l'elaborazione della propria Carta dei servizi le aziende sanitarie potranno fare riferimento ai contenuti suggeriti e alle esemplificazioni riportate nei due profili-tipo di Carta dei servizi sanitari allegati e riferiti distintamente alla dimensione della USL e a quella delle aziende ospedaliere. I suggerimenti e le esemplificazioni hanno valore di indicazioni meramente orientative e non vincolanti. Ciascuna azienda, nell'adottare la propria Carta, terrà conto dei modelli organizzativi ed operativi derivanti dagli indirizzi della programmazione regionale e delle specificità locali.

Ai due profili potranno fare riferimento anche le istituzioni sanitarie private operanti nell'ambito del SSN.

3.2. SUGGERIMENTI DI METODO

3.2.1. Implicazioni organizzative e gradualità

L'adozione di Carte dei servizi delle strutture sanitarie è un'operazione impegnativa che deve essere affrontata con la necessaria gradualità, pur rispettando il termine fissato dal DPCM 19 maggio 1995. L'adozione di una Carta dei servizi, e in particolare l'adozione di standard, ha, infatti, delle implicazioni organizzative che non devono essere sottovalutate. Come principio generale, la Carta dei servizi non è solo una forma di impegno verso i cittadini-utenti, ma anche un potente *strumento di gestione interna e di coinvolgimento* degli operatori professionali sugli *obiettivi di miglioramento delle prestazioni e del servizio*

Ci sono tre fattori critici a cui deve essere prestata attenzione per il successo delle Carte dei servizi.

- **Misurare i risultati.** E' necessario disporre di meccanismi di misurazione degli indicatori interni a cui sono stati applicati standard (per esempio se si fissa uno standard sul tempo medio di coda è necessario disporre di meccanismi di misura delle code e dei tempi di attesa). In mancanza di meccanismi di misurazione dei risultati la fissazione di standard può rivelarsi un esercizio inutile e anche dannoso perché solleva aspettative negli utenti a cui poi si rischia di non poter dare risposte
- **Definire responsabilità per gli standard.** Ogni azienda sanitaria che adotta standard di qualità dovrebbe identificare le persone cui affidare le responsabilità di assicurazione della regolarità e continuità di rilevazione degli indicatori e di segnalazione di scostamenti e imprevisti. Il coinvolgimento dei sanitari e dei tecnici è determinante per l'attendibilità delle rilevazioni.
- **Gestire il processo di miglioramento.** La rilevazione di dati serve a verificare il rispetto degli impegni assunti, ma soprattutto a individuare azioni di miglioramento del livello di servizio, che si possono tradurre in miglioramenti periodici degli standard. Anche sotto questo profilo il coinvolgimento delle professionalità sanitarie e tecniche è essenziale.

3.2.3. Aggiornamento delle Carte dei servizi e degli standard

Le Carte dei servizi delle strutture sanitarie non sono scritte una volta per tutte. Esse devono essere *verificate periodicamente* (almeno annualmente) per l'aggiornamento delle informazioni contenute e per *migliorare progressivamente gli standard* su livelli di qualità del servizio crescenti nel tempo.

3.2.4. Linguaggio diretto e utilizzo di simbologia grafica

Nella preparazione delle Carte dei servizi delle strutture sanitarie è indispensabile tenere conto che esse sono documenti destinati ai cittadini, e quindi devono essere scritte con linguaggio chiaro, comprensibile e diretto. Si consiglia ove possibile di ricorrere all'utilizzo di simbologia grafica da affiancare ai diversi contenuti delle Carte.

3.2.5. Coinvolgimento delle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti

La definizione delle Carte costituisce un'ottima occasione per sperimentare o rafforzare forme di collaborazione con le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini, nell'ambito di protocolli di intesa con le strutture sanitarie.

Si rammenta che la presenza e la collaborazione degli organismi di volontariato nelle strutture sanitarie è stata istituzionalizzata con l'art. 14 del d.lgs. 502/92, che prevede, nell'ambito di detti protocolli, e senza oneri a carico per il fondo sanitario regionale, l'adozione di programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze dei cittadini.

3.2.6. Approvazione e diffusione della Carta

La formalizzazione della Carta opera all'interno dell'ordinamento dell'azienda e spetta, pertanto, agli organi di gestione, fermo restando il potere di indirizzo e di controllo da parte della regione.

Non deve essere sottovalutato peraltro il processo di coinvolgimento degli operatori nella definizione degli impegni oggetto della Carta.

Particolare cura dovrà essere posta nella diffusione della Carta sia presso il personale, che deve essere consapevole dei suoi contenuti, sia presso la cittadinanza e tutte le istituzioni pubbliche interessate, comunque presenti sul territorio, le organizzazioni sindacali e gli organismi di volontariato e di tutela dei cittadini.

3.3. SUGGERIMENTI PER VERIFICARE GLI IMPEGNI ASSUNTI CON LE CARTE DEI SERVIZI

La verifica periodica o continua degli impegni assunti attraverso gli standard al fine di adeguarsi ai processi produttivi dei servizi e ridefinire gli impegni costituisce una caratteristica irrinunciabile dei principi generali della Carta dei servizi.

E' dunque indispensabile che le strutture sanitarie che definiscono le proprie Carte dei servizi mettano in atto i diversi sistemi di tutela e verifica previsti dalla Carta:

- procedure di reclamo (e meccanismi di rimborso ove possibile);
- indagini sulla soddisfazione dei cittadini/utenti;
- verifica pubblica del rispetto degli standard e degli impegni assunti.

In particolare, per quanto riguarda le modalità di tutela del cittadino rispetto ai disservizi, non possono non richiamarsi tutti i principi fissati dall'art.14 del D.Lgs 502/92, ed in particolare :

- l'adozione di procedure di reclamo in casi di limitazione o esclusione dalla fruizione di prestazioni sanitarie e/o, in generale, per la segnalazione dei disservizi;
- i soggetti tenuti all'adozione delle misure di rimozione di disservizi su segnalazione degli utenti (direttore sanitario e dirigente sanitario del servizio);
- i tempi massimi per provvedere all'eliminazione del disservizio (15 giorni dalla presentazione del reclamo);
- la regolamentazione da parte della Regione della presenza degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti e degli organismi di consultazione degli stessi;
- la convocazione almeno annuale, a cura del direttore generale e, in caso di sua inadempienza, a cura della Regione, della conferenza dei servizi;
- la partecipazione degli organismi di volontariato e tutela in programmi concordati di miglioramento e adeguamento dei servizi alle esigenze dei cittadini.

4. INDICAZIONI PROGRAMMATICHE SUL PROCESSO DI SOSTEGNO E IL MONITORAGGIO ALL'ATTUAZIONE DELLA CARTA NEL SSN

Il processo attuativo della "Carta dei servizi" nel settore della sanità comporta l'adozione di Carte personalizzate da parte di ogni soggetto erogatore e non la formazione di una "Carta nazionale della Sanità" (come invece è avvenuto per esempio in Gran Bretagna). Le singole Carte attueranno i criteri e i riferimenti di carattere generale, tenendo conto delle situazioni locali. La "Carta dei servizi pubblici sanitari", allegata al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 95, non ha carattere normativo, essendo espressamente qualificata come "schema generale" da assumere quale riferimento in sede di adozione delle Carte da parte delle strutture sanitarie.

Per il suo carattere innovativo, *un simile processo attuativo merita di essere sostenuto e monitorato con strumenti nuovi* rispetto a quelli messi tradizionalmente in gioco nella prassi dei rapporti tra il Ministero della Sanità e gli altri soggetti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale (Regioni e Aziende sanitarie). In particolare, il *sistema di sostegno e di osservazione del processo attuativo della Carta dei servizi* nel settore sanitario, fondato sull'attivazione di una funzione di Osservatorio permanente del processo stesso, è finalizzato:

- ad assicurare la coerenza delle Carte agli indirizzi dei livelli di governo;
- a supportare il costante adeguamento degli indirizzi rispetto alle realtà applicative;
- a facilitare lo sviluppo del processo attuativo a livello locale fornendo servizi di sostegno;
- a consentire la valutazione dei risultati e il trasferimento delle esperienze esemplari.

Per questo è necessario ispirarsi ai seguenti *criteri* di funzionamento:

- la *capacità dei livelli di indirizzo e di osservazione di svolgere una funzione di "servizio"* in termini di orientamento, consulenza, formazione, messa a disposizione di casi e esperienze;
- la *disponibilità da parte delle strutture sanitarie allo scambio di esperienze e informazioni* sia con il centro che con altre strutture del medesimo livello, attraverso forme di tutoraggio e cooperazione, reti di referenti su temi specifici, etc.;

Per quanto riguarda il livello centrale il processo di attuazione delle Carte dei servizi coinvolgerà, con ruoli diversi ma integrati e coordinati, sia la Presidenza del Consiglio dei Ministri (Dipartimento della funzione pubblica) sia il Ministero della sanità.

Al Dipartimento della funzione pubblica compete, attraverso il Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi pubblici, la valutazione degli standard adottati dai soggetti erogatori e la indicazione di eventuale correzioni.

Il Ministero della sanità, coordinandosi con il Dipartimento della funzione pubblica, assicurerà la formulazione degli indirizzi che si renderanno via via opportuni, l'organizzazione e lo svolgimento di una funzione di monitoraggio sulla applicazione delle Carte dei servizi, l'elaborazione e l'utilizzazione degli elementi di conoscenza raccolti a fini di affinamento degli indirizzi e di restituzione alle Regioni e alle Aziende sanitarie. Il Ministero individuerà, inoltre, le azioni e le modalità più opportune (di formazione, comunicazione, confronto fra esperienze, ecc.) per sostenere il processo di applicazione, di gestione e di miglioramento delle Carte a livello regionale e aziendale.

In tale processo le *Regioni* svolgeranno un ruolo essenziale di collaborazione alle attività di indirizzo e monitoraggio, nonché di coordinamento del processo di attuazione delle Carte riguardanti il proprio territorio.

In tale quadro presso il Ministero della sanità, Servizio centrale della programmazione sanitaria, è attivata una struttura dedicata per la Carta dei servizi, cui vengono affidate le seguenti funzioni:

- la *produzione e la diffusione di indirizzi e di linee guida* che si renderanno via via necessari;
- un *servizio di sportello* telefonico a disposizione delle USL e delle Regioni per chiarimenti, informazioni, suggerimenti, ecc.;
- la *raccolta e il monitoraggio* delle Carte dei servizi, dei materiali elaborativi e di informazioni sulle modalità di diffusione e di verifica che verranno via via prodotti dalle Unità Sanitarie;
- la *messa a disposizione* delle Regioni e delle USL di informazioni e rapporti;
- l'attività di *raccordo e di coordinamento* con il Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei Servizi Pubblici presso il Dipartimento della funzione pubblica.

Sarà cura del Ministero promuovere incontri con le regioni e le aziende sanitarie per lo scambio delle valutazioni e delle esperienze, l'attivazione di una rete di referenza articolata su base regionale, la diffusione di ulteriore documentazione, anche per quanto riguarda l'elenco delle istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, la promozione di appositi momenti formativi e la produzione di relazioni sullo stato attuativo del programma.

I soggetti erogatori invieranno la Carta dei servizi adottata al Dipartimento della funzione pubblica - Comitato per l'attuazione della Carte dei servizi - ed al Ministero della Sanità - Servizio Centrale della programmazione sanitaria.

Lo sportello per la Carta dei servizi è disponibile, da subito, al seguente recapito :

Sportello per la Carta dei servizi

Ministero della Sanità - Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria-
Lungotevere Ripa n. 1, 00153 Roma

Tel: 06 - 59945200 -

(dal lunedì al venerdì - ore 9,30- 13,00)

fax: 06 - 59945502

Allegato 1

**PROFILO- TIPO DELLA
CARTA DEI SERVIZI
(AZIENDA USL)**

SEZIONE PRIMA
PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA E PRINCIPI
FONDAMENTALI

1. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA USL

1.1. Ambito territoriale della USL (comuni, circoscrizioni, zone o quartieri).

1.2 Bacino di utenza della USL (numero assistiti).

1.3 Fini istituzionali e livelli di assistenza garantiti.

Esempio:

La USLassicura ai cittadini nel proprio territorio i servizi e le prestazioni di:

- prevenzione collettiva;
- medicina di base;
- medicina specialistica e semiresidenziale;
- assistenza ospedaliera;
- assistenza sanitaria residenziale a persone non autosufficienti e lungodegenti.

La USL comprende i seguenti comuni (circoscrizioni, zone o quartieri):

.....
.....
.....

2. PRINCIPI FONDAMENTALI

2.1. Eguaglianza

2.2. Imparzialità

2.3. Continuità

2.4. Diritto di scelta

2.5. Partecipazione

2.6. Efficienza ed efficacia

SEZIONE SECONDA

INFORMAZIONI SULLE STRUTTURE E I SERVIZI FORNITI

1. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO.

1.1 Contenuto, in forma generale, del livello di assistenza garantito.

Nel presentare i contenuti del livello si raccomanda di porre in rilievo quelle attività di prevenzione dei fattori di rischio per la salute che si rivolgono alla collettività, indipendentemente dalle richieste dei singoli cittadini (cosiddette funzioni indivisibili).

Esempio:

L'assistenza sanitaria collettiva comprende le attività e le prestazioni volte alla promozione della salute della popolazione nel suo complesso. Rientrano in tale livello di assistenza la prevenzione e il controllo delle malattie infettive, la tutela dai rischi per la salute derivanti dall'inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo, la tutela della salute della comunità nei luoghi di vita e di lavoro (abitazioni, scuole, uffici, fabbriche, zone rurali), la sorveglianza e il controllo degli allevamenti per la prevenzione delle malattie degli animali e la tutela igienico sanitaria degli alimenti e delle bevande.

1.2 Definizione della tipologia delle prestazioni

1.2.1 Prevenzione e controllo delle malattie infettive e diffusive.

Esempio:

Consiste :

- nella esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e di quelle facoltative;
- nella promozione di campagne di prevenzione collettiva;
- nella profilassi internazionale;
- nel controllo delle malattie trasmissibili e bonifica dei focolai epidemici;

1.2.2 Tutela della salute dai rischi connessi all'inquinamento ambientale.

Esempio:

Consiste :

- nella verifica dell'inquinamento atmosferico ed acustico;
- nel controllo dell'inquinamento del suolo da rifiuti solidi urbani e dell'uso e dello smaltimento dei rifiuti speciali, tossici o nocivi;
- nel controllo sulle acque e sugli scarichi civili, industriali e sanitari.

1.2.3 Tutela della salute della comunità nei luoghi di vita e di lavoro.

Esempio:

Consiste :

- nella prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- nel controllo sul commercio, sulla vendita e l'utilizzo degli antiparassitari;
- nelle certificazioni sanitarie e compiti di medicina legale e di polizia mortuaria;
- nelle attività di medicina scolastica.

1.2.4 Sanità pubblica veterinaria

Esempio:

Consiste:

- nel controllo dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- nella sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini del controllo delle malattie infettive e in particolare quelle esotiche;
- nella vigilanza e lotta al randagismo ai fini della prevenzione delle malattie parassitarie;
- nella vigilanza e controllo degli animali da esperimento;
- nella vigilanza e controllo sulla preparazione, commercializzazione e impiego dei mangimi e degli integratori per mangimi e dei farmaci ad uso veterinario;
- nel controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale;
- nella ricerca dei residui di farmaci o sostanze farmacologicamente attive e di contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale.

1.2.5 Tutela igienico-sanitaria degli alimenti

Esempio:

Consiste :

- nel controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e delle bevande;
- nella ricerca dei residui di farmaci o sostanze farmacologicamente attive e di contaminanti ambientali negli alimenti;
- nel controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti della prima infanzia;
- nei campionamenti ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande.

1.3 Servizi, strutture e modalità di accesso

1.3.1. Prevenzione e controllo delle malattie infettive e diffusive.

Esempio:

In ogni distretto sanitario di base è assicurato l'accesso alle vaccinazioni obbligatorie con apertura del servizio 6 giorni su 7; in almeno un distretto sanitario di base funziona il servizio di profilassi del viaggiatore internazionale. Eventuali interventi al fine di favorire l'utilizzo dei servizi da parte delle comunità straniere.

L'ufficio / gli uffici competente/i sono :
(denominazione, ubicazione e telefoni)

.....

1.3.2. Tutela dei rischi per la salute connessi all'inquinamento ambientale.

Esempio:

Sono attivate in zone prestabilite (specificare) centraline di rilevazione dei dati relativi all'inquinamento atmosferico. Per la richiesta di effettuazione di indagini atte al rilevamento del rumore (fonometrie ambientali) è necessario presentare esposto dettagliato secondo i moduli prestampati disponibili presso l'unità operativa di.... Per segnalazioni relative a valutazioni ed interventi su problemi di inquinamento e/o danneggiamento dell'ambiente occorre rivolgersi al servizio (specificare)

L'ufficio / gli uffici competente/i sono :
(denominazione, ubicazione e telefoni)

.....

1.3.3. Tutela della salute della comunità nei luoghi di vita e di lavoro.

Esempio:

Visite mediche preventive e periodiche di avviamento al lavoro per apprendisti e minori in base a protocolli e modalità di accesso prestabilite. Visite mediche preventive e periodiche dei lavoratori e sportello di informazioni per i datori di lavoro, i medici competenti, le associazioni di categoria e le organizzazioni dei lavoratori. Interventi di medicina scolastica e modalità di integrazione con gli altri servizi/dipartimenti dell'azienda USL. Commissioni per l'invalidità civile, certificati sanitari, etc.

L'ufficio / gli uffici competente/i sono :
(denominazione, ubicazione e telefoni)

.....

1.3.4. Sanità pubblica veterinaria

Esempio:

Le prestazioni assicurate sul territorio sono relative ad adempimenti obbligatori per legge (es: operazioni di profilassi e risanamento del bestiame, vigilanza sui luoghi di produzione e manipolazione degli alimenti) e prestazioni rese su richiesta e nell'interesse dei privati (es. certificazione di compravendita trasporto di animali, ispezione delle carni).

L'ufficio / gli uffici competente/i sono :
(denominazione, ubicazione e telefoni)

.....

1.3.5. Tutela igienico-sanitaria degli alimenti

Esempio:

Le prestazioni fornite dal servizio nell'ambito del controllo igienico sanitario sulla commercializzazione degli alimenti prevedono:

- 1) Sopralluoghi tendenti alla verifica del possesso dei requisiti minimi di legge per il rilascio delle autorizzazioni sanitarie relative alla produzione, alla vendita, al deposito ed alla somministrazione di alimenti e bevande nonché di additivi alimentari.
- 2) Visite mediche per il rilascio e rinnovo del libretto di idoneità sanitaria per gli addetti alla preparazione ,somministrazione di alimenti e bevande.

L'ufficio / gli uffici competente/i sono :
(denominazione, ubicazione e telefoni)

.....

2. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

2.1. Contenuto, in forma generale, del livello di assistenza garantito .

Esempio :

Comprende le attività e le prestazioni di educazione sanitaria, di medicina preventiva individuale, di diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento.

2.2. Assistenza medica di base

2.2.1. Definizione

Esempio:

Le prestazioni del medico di medicina generale sono :

- 1) la visita medica generale, ambulatoriale e domiciliare, anche con carattere d'urgenza;
- 2) prestazioni di particolare impegno professionale;
- 3) prescrizioni di farmaci;
- 4) richiesta di visite specialistiche;
- 5) proposte di ricovero ospedaliero;
- 6) prestazioni di carattere certificativo e medico-legali.

2.2.2. Modalità di scelta e revoca del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta

Esempio:

Tutte le persone iscritte negli elenchi degli assistibili della USL hanno diritto all'assistenza medica generale prestata da un medico generale o da un pediatra per i figli di età inferiore ai 14 anni.

Il rapporto tra l'assistito ed il medico di medicina generale o il pediatra è fondato sulla fiducia.

Il cittadino esercita il suo diritto di scelta tra i medici iscritti in un apposito elenco disponibile presso gli uffici della USL. Nel caso in cui venga meno il rapporto fiduciario, il paziente può revocare la scelta per effettuare una nuova.

2.2.3. Visite ambulatoriali : modalità di accesso e fruizione

Esempio:

L'attività medica viene prestata nello studio del medico che deve essere aperto 5 giorni settimanali secondo un orario, esposto all'ingresso, stabilito dal professionista in relazione al numero degli assistiti e tale da assicurare una efficace ed efficiente assistenza.

2.2.4. Visite domiciliari :modalità di accesso e fruizione

Esempio:

L'assistenza è assicurata al domicilio dell'assistito quando questi è impossibilitato a spostarsi da casa.

Le visite domiciliari vanno di norma richieste entro le 10,00 e devono essere effettuate nella giornata. Se la chiamata avviene dopo le 10,00 la visita deve essere effettuata entro le 12,00 del giorno successivo. Le chiamate urgenti devono essere soddisfatte nel più breve tempo possibile.

2.2.5. Certificazioni

Esempio :

Il medico rilascia gratuitamente i seguenti certificati:

- 1) certificato di malattia;
- 2) certificato di riammissione alle scuole materne, dell'obbligo e secondarie superiori;
- 3) certificato di idoneità sportiva non agonistica sia per le attività sportive scolastiche che per quelle del CONI.

Sono, invece, rilasciati a pagamento i seguenti certificati:

- 1) certificato di buona salute;
- 2) certificato ad uso assicurativo;
- 3) certificato di guarigione degli addetti alle industrie alimentari;
- 4) certificato per patenti
- 5) richiesta di invalidità

2.2.6. Visite occasionali

Esempio:

E' garantita l'assistenza medico generica ai cittadini presenti in USL diversa da quella di residenza. L'onorario è a carico dell'assistito secondo tariffe, prefissate dall'accordo collettivo per la medicina generale, pari a £. 6.000 per le visite in ambulatorio e £. 10.000 per le visite domiciliari.

2.2.7. Assistenza ai cittadini non residenti con domicilio sanitario nella USL

Esempio :

I cittadini i che soggiornano temporaneamente presso la USL hanno diritto all'assistenza sanitaria purchè :

a - la loro permanenza nel comune di domicilio sia per un periodo superiore ai tre mesi;

b - essa sia dettata da motivi di lavoro, studio o malattia.

I cittadini residenti all'estero, che rientrano temporaneamente in Italia e non hanno copertura sanitaria (pubblica o privata) hanno diritto alle prestazioni urgenti per le malattie insorte entro 90 giorni dal loro ingresso in Italia. Tale forma di assistenza si applica una sola volta nell'anno solare.

2.2.8 . Assistenza a cittadini stranieri inseriti in nuclei familiari italiani

Esempio :

Le mogli straniere residenti in Italia hanno diritto all'iscrizione al S.S.N. per tutto il periodo in cui vivano in Italia.

Per i minori stranieri, adottati o affidati a cittadini italiani, la assistenza a carico del S.S.N. decorre dal momento dell'ingresso effettivo in Italia o dalla data del provvedimento di adozione od affidamento se è successiva.

2.3 Servizio di guardia medica

2.3.1. Definizione

Esempio :

Il servizio di guardia medica garantisce l'assistenza medica di base a domicilio per situazioni che rivestono carattere di urgenza e che si verificano durante le ore notturne o nei giorni festivi; in particolare:

- dalle 20,00 alle 8,00 di tutti i giorni feriali

- dalle 14,00 del sabato o di altro giorno prefestivo alle 8,00 del lunedì o, comunque, del giorno successivo al festivo.

2.3.2. Modalità di accesso

Esempio :

La guardia medica ha il compito di intervenire al più presto su richiesta diretta dell'assistito. Il medico di guardia medica può prescrivere farmaci, ma solo quelli indicati per terapie d'urgenza, nella quantità sufficiente a coprire un ciclo di terapia massimo di tre giorni; può rilasciare certificati di malattie, ma solo in caso di necessità e per un periodo massimo di tre giorni; può proporre il ricovero ospedaliero.

2.4. Assistenza domiciliare integrata

2.4.1. Definizione

Esempio :

Per i pazienti stabilmente impossibilitati a muoversi l'assistenza sanitaria di base è effettuata al domicilio o presso l'istituto di ricovero, secondo un piano assistenziale definito dalla USL, fondato sul concorso del medico di medicina generale, degli specialisti, degli altri operatori sanitari e sociali e delle famiglie.

2.4.2. Modalità di accesso

Esempio :

Su segnalazione del caso da parte dei servizi sociosanitari o su richiesta della famiglia del malato, il medico di fiducia trasmette la proposta motivata di assistenza alla USL che ne coordina l'attuazione.

2.5. Assistenza farmaceutica

2.5.1. Modalità di accesso

Esempio :

La USL assicura l'erogazione dei farmaci con le modalità di partecipazione alla spesa previste dalla legge attraverso la rete delle farmacie convenzionate e i presidi della USL.

2.6 Elenco delle strutture rilevanti per il livello di assistenza:

- 1) uffici scelta e revoca del medico di medicina generale e del pediatra (indicare anche numero di telefono, orari di apertura ed eventualmente la documentazione che il cittadino deve presentare)
- 2) punti di guardia medica (con numero telefonico)
- 3) farmacie
- 4) centri di coordinamento distrettuale

2.7 Informazioni

Esempio:

Ulteriori informazioni di dettaglio sulle strutture, sulle prestazioni e sulle modalità di accesso e fruizione sono fornite ai cittadini presso i seguenti "punti informazione", facenti capo all'Ufficio relazioni con il pubblico :

.....

.....

.....

(indicare recapito, numero di telefono, orario di apertura ed eventuale settore di competenza)

3. ASSISTENZA SPECIALISTICA, SEMIRESIDENZIALE E TERRITORIALE.

3.1. Contenuto, in forma generale, del livello di assistenza garantito.

Esempio :

La USL garantisce gli interventi specialistici, diagnostici, terapeutici e riabilitativi necessari per il trattamento delle malattie e delle inabilità. Gli interventi sono erogati in sede ambulatoriale, domiciliare e semiresidenziale.

3.2. Assistenza specialistica

3.2.1. Definizione della tipologia delle prestazioni

Esempio :

Comprende le visite, le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché le altre prestazioni previste dal nomenclatore delle prestazioni specialistiche.

3.2.2. Modalità di attivazione

Esempio :

Per ottenere una visita o un'altra prestazione specialistica o diagnostica è necessaria la richiesta del medico del SSN su ricettario regionale. Detta richiesta non è necessaria per le visite specialistiche in materia di: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria ed oculistica, limitatamente alla misurazione della vista.

3.2.3. Modalità di prenotazione

Esempio:

La prestazione può essere prenotata attraverso i centri di prenotazione della USL (qualora sia operativo il Centro unico prenotazione)

ovvero

La prestazione può essere prenotata presso gli appositi sportelli distrettuali oppure direttamente presso la struttura erogatrice (qualora non sia operativo il Centro unico prenotazione)

3.2.4. Modalità di pagamento della tariffa

Esempio:

La quota di partecipazione alla spesa dovuta dal cittadino, in base alle leggi vigenti, può essere versata:

- a) al momento della prenotazione presso gli sportelli a ciò delegati;
- b) presso sportelli bancari o postali;
- c)

3.2.5. Modalità di ritiro della refertazione

Esempio:

Il ritiro del referto può avvenire:

- a) mediante consegna a domicilio;
- b) presso la struttura erogante;

3.3. Attività di consultorio materno-infantile

3.3.1. Definizione della tipologia delle prestazioni.

Esempio:

Comprende consulenze al singolo e alla coppia, visite ginecologiche, pap-test, corsi di preparazione al parto, assistenza alla gravidanza, certificazione I.V.G (interruzione volontaria di gravidanza).

3.3.2. Modalità di attivazione:

Esempio :

Il cittadino può accedere direttamente al servizio.

3.3.3. Ritiro della refertazione:

Esempio :

Il referto si ritira presso gli uffici del consultorio.

3.4. Assistenza ai tossicodipendenti

3.4.1. Definizione della tipologia delle prestazioni

Esempio :

Comprende le visite, le prestazioni specialistiche, diagnostiche, terapeutiche e le prestazioni riabilitative erogate mediante i SERT ed in regime semiresidenziale.

3.4.2. Modalità di attivazione:

Esempio :

Il cittadino può accedere direttamente al servizio.

3.5. Assistenza psichiatrica territoriale

3.5.1. Definizione della tipologia delle prestazioni

Esempio:

Comprende l'insieme degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi psichici erogati attraverso le strutture ambulatoriali, a livello domiciliare e nelle strutture semiresidenziali a carattere terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo.

3.5.2. Modalità di attivazione

Esempio:

Il cittadino può rivolgersi direttamente al Servizio (Dipartimento di salute mentale) che definisce il progetto terapeutico individuale. Quando si rende necessario, il Servizio provvede all'inserimento presso strutture semiresidenziali ovvero al ricovero, volontario o obbligatorio presso il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura.

3.6. Assistenza riabilitativa territoriale

3.6.1. Definizione della tipologia delle prestazioni

Esempio:

Comprende le visite, le prestazioni specialistiche e le prestazioni riabilitative, erogate in regime ambulatoriale e semiresidenziale tramite i centri di riabilitazione, nonché le prestazioni di assistenza protesica e quelle idrotermali

3.7 Assistenza sanitaria integrativa

3.7.1. Definizione della tipologia delle prestazioni

Esempio :

Comprende l'erogazione di prodotti dietetici, presidi diagnostici e terapeutici per diabetici e presidi sanitari.

3.7.2. Modalità di attivazione

Esempio:

Il paziente, previa richiesta del medico di base e su certificazione dello specialista che attesti la patologia abilitante e la necessità del prodotto, si rivolge ai servizi distrettuali competenti dove riceve l'autorizzazione per l'acquisto.

3.8 Elenco dei centri di prenotazione

3.9 Elenco delle strutture presenti nel territorio della USL:

- 1) ambulatori e laboratori pubblici e privati
- 2) consultori materno-infantili;
- 3) servizi pubblici per tossicodipendenti (SERT);
- 4) centri per la salute mentale;
- 5) centri per la riabilitazione.

3.10 Per ciascuna delle strutture di cui ai punti 3.8 e 3.9 indicare:

- 1) denominazione
- 2) indirizzo
- 3) numero telefonico per informazioni
- 4) trasporti pubblici
- 5) orario di apertura
- 6) modalità di prenotazione
- 7) modalità di pagamento delle tariffe
- 8) modalità di ritiro referti ed esiti

3.11. Registro delle prenotazioni

Esempio :

La USL provvede all'inserimento del nome del paziente in un apposito registro delle prenotazioni. L'interessato può chiedere notizie sulle prenotazioni e sui tempi di attesa.

3.12 Altro eventuale

3.13 Informazioni

Esempio:

Ulteriori informazioni di dettaglio sulle strutture, sulle prestazioni e sulle modalità di accesso e fruizione sono fornite ai cittadini presso i seguenti "punti informazione", facenti capo all'Ufficio relazioni con il pubblico :

.....

.....

(indicare recapito, numero di telefono , orario di apertura e settore di competenza)

4. ASSISTENZA OSPEDALIERA

4.1. Contenuto, in forma generale, del livello di assistenza garantito.

Esempio :

La USL garantisce il ricovero in ospedale per la diagnosi e la cura delle malattie che richiedono interventi di urgenza o emergenza, e delle malattie acute che non possono essere affrontate in ambulatorio o a domicilio. Per particolari patologie il ricovero può essere effettuato presso centri di alta specializzazione situati al di fuori del territorio della USL e della Regione.

L'assistenza ospedaliera comprende:

- visite mediche, assistenza infermieristica, ogni atto e procedura diagnostica, terapeutica e riabilitativa necessari per risolvere i problemi di salute del paziente degente e compatibili con il livello di dotazione tecnologica delle singole strutture;
- interventi di soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazioni di urgenza ed emergenza medica ed eventuale trasporto in ospedale.

4.2. Ricovero di urgenza ed emergenza

4.2.1. Definizione della tipologia del ricovero

Esempio:

La risposta all' emergenza sanitaria viene assicurata dalle sedi di pronto soccorso e dagli ospedali sedi del dipartimento di emergenza.

L'ospedale sede di pronto soccorso garantisce oltre agli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza, il primo accertamento diagnostico clinico, strumentale e di laboratorio, gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché il trasporto protetto nel caso in cui il ricovero non sia possibile o siano necessarie cure presso altro istituto.

Il dipartimento di emergenza assicura, oltre alle funzioni di pronto soccorso anche gli interventi di emergenza, medico-chirurgici, nonché garantisce l'osservazione breve e l'assistenza cardiologica e rianimatoria.

4.2.2. Modalità di attivazione

Esempio :

Il ricovero urgente è attivato chiamando il 118, (qualora sia attivato)

ovvero

Il ricovero urgente è attivato tramite guardia medica, trasporto assistito, accesso diretto.

4.3. Ricovero ordinario

4.3.1. Definizione della tipologia di ricovero

Esempio :

La USL garantisce il ricovero in elezione o programmato , per patologie non urgenti.

4.3.2 Modalità di accesso

Esempio :

Tale ricovero può essere proposto dal:
medico di famiglia
medico della guardia medica territoriale
medico specialista del S.S.N.

La proposta deve essere presentata al medico del reparto preposto all'accettazione che, valutata la reale necessità e la disponibilità di posti-letto, dispone il ricovero.

4.3.3. Registro delle prenotazioni

Esempio :

La USL provvede all'inserimento del nome del paziente in un apposito registro delle prenotazioni. L'interessato può chiedere notizie sulle prenotazioni e sui tempi di attesa presso.....

4.4. Ricovero ordinario a ciclo diurno (day hospital)

4.4.1. Definizione della tipologia di ricovero

Esempio :

L'assistenza a ciclo diurno consiste in un ricovero o cicli di ricoveri programmato/i, ciascuno di durata inferiore ad una giornata, con erogazione di prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche.

4.4.2. Modalità di accesso

Esempio :

Si accede a tale forma di assistenza su indicazione del medico specialista e con l'impegnativa del medico di base. Il cittadino dovrà presentare tale proposta al medico del reparto preposto all'accettazione, il quale effettuerà l'inserimento nella lista dei ricoveri programmati di ogni singola unità operativa.

4.5. Ospedalizzazione a domicilio

4.5.1. Definizione della tipologia di assistenza

Esempio :

Sono garantiti interventi di assistenza domiciliare quali forme alternative al ricovero ordinario. Il paziente sarà seguito al suo domicilio da medici e personale infermieristico ospedaliero, integrato dal personale sanitario distrettuale/territoriale.

4.5.2. Modalità di accesso

Esempio :

L'ospedalizzazione domiciliare è attivata dallo specialista ospedaliero, anche su richiesta del cittadino, ogni qualvolta ciò sia possibile e per alcune patologie particolari (es: gravidanze a rischio; anziani; malati terminali).

4.6. Assistenza in forma indiretta

4.6.1. Definizione della tipologia di ricovero

Esempio:

La USL garantisce l'assistenza in forma indiretta per le prestazioni effettuate in regime di ricovero presso centri privati, nel caso in cui le strutture pubbliche o accreditate non siano in grado di erogarle in forma diretta con tempestività ed allorquando il periodo di attesa comprometterebbe lo stato di salute dell'assistito.

4.6.2. Modalità di accesso

Esempio :

La richiesta di autorizzazione presentata dal cittadino alla USL di appartenenza deve essere accompagnata da una relazione del medico specialista contenente precisi riferimenti sul paziente, sulla sua anamnesi e sui motivi della richiesta stessa.
In caso di prestazioni di comprovata eccezionale gravità ed urgenza si prescinde dalla preventiva autorizzazione, potendosi presentare successiva domanda di rimborso.

4.7. Ricovero presso i centri di altissima specializzazione all'estero

4.7.1. Definizione della tipologia di ricovero

Esempio:

La USL garantisce prestazioni sanitarie di altissima specializzazione all'estero quando queste non siano ottenibili in Italia in misura adeguata e tempestiva per il singolo caso, e tenendo presenti appositi elenchi di patologie e terapie autorizzabili.
Se il ricovero viene autorizzato presso ospedali, pubblici o convenzionati, dei Paesi dell'Unione Europea, di Montecarlo e San Marino, il pagamento è assicurato direttamente dal SSN.
Le spese per le cure - semprechè preventivamente autorizzate- fruite dagli interessati in ospedali di Paesi , quali ad esempio U.S.A. e Svizzera, con cui non esistono accordi diretti, sono rimborsate in gran parte.

4.7.2. Modalità di accesso

Esempio :

La richiesta di autorizzazione, presentata dal cittadino alla USL di appartenenza, deve essere accompagnata da una motivata proposta di ricovero del medico specialista contenente precisi riferimenti sul paziente, sulla sua anamnesi e sui motivi della richiesta stessa.
In caso di prestazioni di comprovata eccezionale gravità ed urgenza si prescinde dalla preventiva autorizzazione, potendosi presentare successiva domanda di rimborso.

4.8 Elenco delle strutture ospedaliere presenti nel territorio della USL :

- 1) ospedali direttamente gestiti (compresi gli ospedali classificati);
- 2) aziende ospedaliere autonome (compresi gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed i policlinici universitari)
- 3) case di cura private accreditate;

4.9 Elenco delle strutture ospedaliere presenti nel territorio della Regione

4.10. Per ciascuna delle anzidette strutture ospedaliere indicare:

- 1) denominazione;
- 2) indirizzo;
- 3) numero telefonico per informazioni;
- 4) numero telefonico per chiamate di emergenza;
- 5) trasporti pubblici;

4.11. Modalità di accoglienza:

- 1) eventuale disponibilità di personale di accoglienza;
- 2) eventuale opuscolo informativo;
- 3) eventuale scheda reclami;
- 4) eventuale scheda valutazione del grado di soddisfazione del paziente;

4.12. Altro eventuale

4.13 Informazioni

Esempio:

Ulteriori informazioni di dettaglio sulle strutture, sulle prestazioni e sulle modalità di accesso e fruizione sono fornite ai cittadini presso i sottototati da "punti informazione", facenti capo all'Ufficio relazioni con il pubblico :

.....
.....
.....

(indicare recapito, numero di telefono , orario di apertura e settore di competenza)

5. ASSISTENZA SANITARIA RESIDENZIALE A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E LUNGODEGENTI STABILIZZATI

5.1 Contenuto, in forma generale, del livello di assistenza garantito

Esempio:

La USL garantisce interventi sanitari in regime residenziale finalizzati al:

- recupero di autonomia dei soggetti non autosufficienti;
- recupero e reinserimento sociale dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope;
- recupero e reinserimento sociale degli anziani;
- prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per le patologie croniche

5.2 Assistenza a persone con disturbi psichici

5.2.1 Definizione della tipologia delle prestazioni

Esempio:

Ai pazienti affetti da disturbi psichici, la USL garantisce interventi di natura terapeutica, assistenziale e riabilitativa presso i residui manicomiali e le strutture residenziali.

5.2.2 Elenco dei residui manicomiali

Per ogni struttura indicare:

- 1) denominazione
- 2) indirizzo
- 3) numero telefonico per informazioni
- 4) responsabile sanitario

5.2.3 Elenco delle strutture residenziali

Per ogni struttura presente sul territorio, indicare:

- 1) Dipartimento che la gestisce
- 2) denominazione
- 3) indirizzo
- 4) grado di ricettività e la tipologia (se di natura terapeutico-riabilitativa, socio-assistenziale, casa-famiglia, etc.)
- 5) numero telefonico per informazioni
- 6) responsabile

5.2.4 Modalità di accesso

Esempio:

L'accesso alle strutture residenziali è disposto dai medici del Centro di Salute Mentale Il medico specialista del CSM, qualora lo ritenga opportuno, avvierà la pratica per l'inserimento del soggetto presso le strutture residenziali.

5.3 Assistenza agli anziani

5.3.1 Definizione della tipologia delle prestazioni

Esempio:

Per le persone anziane non autosufficienti e non assistibili a domicilio la USL garantisce l'assistenza sanitaria fornita da medici di medicina generale, medici specialisti, infermieri, terapisti della riabilitazione, psicologi presso strutture denominate Residenze Sanitarie Assistenziali.

5.3.2 Elenco delle Residenze Sanitarie Assistenziali

Per ogni RSA indicare:

- 1) denominazione
- 2) indirizzo
- 3) numero telefonico per informazioni
- 4) responsabile

5.3.3 Modalità di accesso

Esempio:

L'accesso alla Residenza Sanitaria Assistenziale è richiesto dal medico del SSN ed è autorizzato dall'apposito servizio, sulla base del piano individualizzato di intervento, definito dall'équipe interdisciplinare a seguito della valutazione della condizione della persona.

5.4 Assistenza ai tossicodipendenti in comunità terapeutiche

5.4.1 Definizione della tipologia delle prestazioni

Esempio:

Per i tossicodipendenti la USL garantisce ospitalità presso comunità terapeutiche per il recupero ed il reinserimento sociale. Presso tali strutture la USL garantisce all'assistito aiuto psicologico per la risoluzione dei suoi problemi, l'acquisizione di un nuovo stile di vita, lo svolgimento di attività lavorative e/o di formazione professionale.

5.4.2 Elenco delle comunità terapeutiche

Per ogni comunità terapeutica indicare:

- 1) denominazione
- 2) indirizzo
- 3) numero telefonico per informazioni
- 4) responsabile

5.4.3 Modalità di accesso

Esempio:

L'accesso alla comunità terapeutica avviene a seguito di un programma terapeutico effettuato presso il SERT..... Il medico specialista del SERT, qualora lo ritenga opportuno, previo consenso del soggetto, avvierà la pratica relativa all'inserimento dell'assistito presso la comunità terapeutica fornendo la stessa degli esiti degli esami diagnostici effettuati e seguendo in prima persona la fase amministrativa e il programma di recupero nella comunità dell'assistito.

5.5 Assistenza ai disabili

5.5.1 Definizione della tipologia delle prestazioni

Esempio:

Alle persone disabili (dalla nascita o a seguito di malattie o traumi) la USL garantisce l'assistenza specialistica residenziale presso centri di riabilitazione. Presso questi centri la USL garantisce il recupero delle funzioni colpite e il reinserimento dei disabili nell'ambiente familiare e di lavoro attraverso l'opera di medici specialisti (fisiatra, ortopedico, neurologo, ecc.), terapisti della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale), psicologi, infermieri.

5.5.2 Elenco dei centri di riabilitazione

Per ogni centro di riabilitazione indicare:

- 1) denominazione
- 2) indirizzo
- 3) numero telefonico per informazioni
- 4) responsabile sanitario

5.5.3 Modalità di accesso

Esempio:

L'accesso nei centri di riabilitazione avviene a seguito di visite specialistiche effettuate da medici specialisti del SSN. Il medico specialista, qualora lo ritenga opportuno, avvierà la pratica relativa all'inserimento dell'assistito presso il centro di riabilitazione rilasciando opportuna certificazione all'interessato e fornendo direttamente il centro degli esiti diagnostici necessari.

5.6 Informazioni

Esempio:

Ulteriori informazioni di dettaglio sulle strutture, sulle prestazioni e sulle modalità di accesso e fruizione sono fornite ai cittadini presso i seguenti "punti informazione", facenti capo all'Ufficio relazioni con il pubblico :

.....
.....
.....

(indicare recapito, numero di telefono, orario di apertura ed eventuale settore di competenza)

SEZIONE TERZA

STANDARD DI QUALITA', IMPEGNI E PROGRAMMI

In questa sezione le Aziende sanitarie devono indicare:

i propri standard di qualità (generalisti o specifici²), e gli strumenti di verifica adottati per controllarne il rispetto

gli impegni sulle caratteristiche di qualità dei servizi forniti

i programmi di miglioramento della qualità del servizio da attivare nel corso del periodo di validità della Carta.

Gli esempi proposti per gli standard di qualità sono tratti da esperienze di adozione della Carta dei servizi e di monitoraggio della qualità del servizio, già in atto presso USL ed ospedali

1. RICOVERO OSPEDALIERO

1.1. Standard di qualità del ricovero ospedaliero

Esempi di standard di qualità applicati da alcune aziende sanitarie

Tempo massimo/medio di intervento delle ambulanze ³: ... minuti

Tempo massimo/medio di attesa al pronto soccorso (per livelli di gravità) ⁴: ... minuti

Tempo massimo/medio di attesa per ricovero programmato (per reparti di degenza e tipo di prestazione)⁵: ...gg

Disponibilità di posti letto nelle strutture della USL per ricoveri di urgenza ⁶ = ...% delle richieste di ricovero urgente (l'Ospedale provvede comunque al trasferimento con i mezzi e l'assistenza adeguata nel caso in cui il ricovero non sia possibile nelle strutture della USL o siano necessarie cure presso altri Istituti)

Degenza media prechirurgica per casi elettivi (per DRG chirurgici)⁷: ... giorni

Tempo massimo di risposta al reclamo: ... giorni (≤ 15 gg⁸)

²) Esempio di standard generale: tempo medio di attesa per il ricovero nel reparto X: 30gg;

Esempio di standard specifico: tempo massimo di attesa per il ricovero nel reparto X: 45gg

³) Minuti tra la chiamata di richiesta di intervento e l'arrivo del mezzo sul luogo (sede di sperimentazione: USL di Arezzo)

⁴) Minuti tra la prima accoglienza all'ingresso del Pronto soccorso e la visita medica, suddivisi per livelli di gravità (sede di sperimentazione: USL Reggio Emilia)

⁵) Giorni intercorrenti tra la prenotazione del ricovero e il ricovero effettivo, suddivisi per reparto e tipo di prestazione (sede di sperimentazione: USL Arezzo;vd anche L.724/94, art. 3 comma 8)

⁶) Percentuale dei casi di ricovero urgente in cui è disponibile un posto-letto nelle strutture di ricovero della USL (sede di sperimentazione USL di Arezzo)

⁷) Giorni intercorrenti tra l'accettazione e l'intervento chirurgico (per casi non urgenti), suddivisi per DRG chirurgico (sede di sperimentazione USL di Desio)

⁸) L'art. 14 del d.lgs. 502/92 fissa un termine massimo di 15gg tra il ricevimento del reclamo e la prima risposta da parte dell'azienda sanitaria

1.2. Strumenti di verifica per il rispetto degli standard di qualità del ricovero ospedaliero

Gli esempi forniti sono coerenti agli esempi di standard di qualità indicati al punto 1.1.

Rilevazione sistematica dei tempi di intervento dei mezzi di soccorso
Rilevazione campionaria dei tempi di attesa al pronto soccorso per livelli di gravità
Rilevazione sistematica sul rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri programmati, con verifica della Direzione sanitaria e relazione annuale al Direttore generale
Programmazione dei posti letto per urgenza e rilevazione sistematica sulla effettiva disponibilità in relazione alle richieste di ricovero urgenti
Rilevazione a campione dalle schede di dimissione ospedaliera
Rilevazione sistematica dei reclami e dei tempi di risposta

1.3. Impegni e programmi sulla qualità del servizio del ricovero ospedaliero

Gli impegni e i programmi devono essere definiti in relazione alle priorità locali, sulla base dei fattori di qualità del ricovero ospedaliero contenuti nel modello ad albero riportato nello schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari (DPCM 19/5/95).

Le indicazioni che seguono hanno valore esemplificativo

L'Azienda garantisce a tutti i cittadini ricoverati nelle strutture ospedaliere:

... (es.: completezza dell'informazione sulla degenza, attraverso la consegna di una scheda informativa all'ingresso e di una relazione sanitaria per il medico di famiglia alla dimissione)
... (es.: la riservatezza e il rispetto della persona nelle visite e nelle altre prestazioni sanitarie)
... (es.: personalizzazione dell'assistenza per casi particolari, es. bambini, portatori di handicap, etc.)

Nei prossimi ... mesi, l'Azienda ... si impegna a migliorare le condizioni di ricovero ospedaliero attraverso le seguenti azioni:

.... (es.: attivare le seguenti procedure di accoglienza: ...)
.... (es.: definire le seguenti procedure assistenziali: ...)
.... (es.: mettere in funzione le seguenti strutture:)

2. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICHE

2.1. Standard di qualità delle prestazioni specialistiche e diagnostiche

Esempi di standard di qualità applicati da alcune aziende sanitarie

Tempo massimo/medio di attesa allo sportello per le prenotazioni⁹⁾: minuti
Tempo massimo/medio per l'erogazione delle prestazioni specialistiche¹⁰⁾: ... gg
Tempo massimo/medio di consegna dei referti di laboratorio o radiologici¹¹⁾: gg (per tipo di prestazione)

2.2. Strumenti di verifica per il rispetto degli standard di qualità delle prestazioni specialistiche e diagnostiche

Gli esempi forniti sono coerenti agli esempi di standard di qualità indicati al punto 2.1.

Rilevazione sistematica sul rispetto dei tempi di attesa agli uffici di prenotazione
Rilevazione sistematica sul rispetto dei tempi di attesa per la prenotazione
Rilevazione a campione sui tempi di consegna dei referti

2.3. Impegni e programmi sulla qualità del servizio

Gli impegni e i programmi devono essere definiti in relazione alle priorità locali, sulla base dei fattori di qualità del ricovero ospedaliero contenuti nel modello ad albero riportato nello schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari (DPCM 19/5/95).

Le indicazioni che seguono hanno valore esemplificativo

L'Azienda garantisce a tutti i cittadini che usufruiscono di prestazioni specialistiche e diagnostiche
... (es: diffusione e semplicità dell'informazione sulle prestazioni erogate e sulle procedure di prenotazione)
... (es.: l'informazione chiara e scritta su luogo, giorno e ora della visita, con fasce orarie di ...minuti)
Nei prossimi ... mesi, l'Azienda ... si impegna a migliorare il servizio relativo alle prestazioni specialistiche e diagnostiche attraverso le seguenti azioni:
.... (es.: definire le seguenti procedure amministrative di semplificazione: ...)
.... (es.: mettere in funzione le seguenti strutture:)

⁹⁾ Minuti di attesa in coda o in sala di attesa per fissare un appuntamento

¹⁰⁾ Giorni intercorrenti la prenotazione e la visita o la prestazione, suddivisi per specialità

¹¹⁾ Giorni intercorrenti tra la prestazione diagnostica e la consegna del referto (suddivisi per tipo di prestazione diagnostica)

3. MEDICINA DI BASE

3.1. Standard di qualità per i medici di base

Esempi di standard di qualità applicati da alcune aziende sanitarie

Tempo massimo di attesa per visite ambulatoriali : minuti

3.2. Strumenti di verifica per il rispetto degli standard di qualità della medicina di base

Gli esempi forniti sono coerenti agli esempi di standard di qualità indicati al punto 3.1.

rilevazione dei tempi di attesa attraverso indagini sugli utenti

3.3. Impegni programmatici sulla qualità del servizio

Gli impegni programmatici devono essere definiti in relazione alle priorità locali, sulla base dei fattori di qualità del ricovero ospedaliero contenuti nel modello ad albero riportato nello schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari (DPCM 19 maggio 1995).

Le indicazioni che seguono hanno valore esemplificativo

L'Azienda garantisce a tutti i cittadini/utenti:

... (es. la verifica sistematica del rispetto degli orari di apertura degli studi dei medici di base)

... (es. la verifica sistematica del massimale di assistiti per medico)

La USL si impegna nei prossimi ... mesi:

... (es.: di individuare i requisiti per gli studi dei medici di famiglia per quanto riguarda i servizi igienici, le dimensioni delle sale di attesa, l'accesso)

...

SEZIONE QUARTA

MECCANISMI DI TUTELA E DI VERIFICA

In questa sezione le Aziende Sanitarie devono indicare le modalità con le quali assicurano la tutela del cittadino rispetto agli atti o comportamenti che neghino o limitino la fruibilità delle prestazioni e, più in generale, rispetto ai disservizi e prevedono eventuali forme di ristoro. Nella sezione sono indicate le modalità di verifica degli impegni assunti nelle Carte dei Servizi Pubblici Sanitari e di intervento per il miglioramento dei servizi e l'adeguamento alle esigenze dei cittadini.

1 RECLAMI

La USL garantisce la funzione di tutela nei confronti del cittadino anche attraverso la possibilità, per quest'ultimo, di sporgere reclamo a seguito di disservizio, atto o comportamento che abbiano negato o limitato la fruibilità delle prestazioni.

1.1 Ufficio/i preposto/i

Esempio:

I reclami sono presentati all'Ufficio per le relazioni con il pubblico. Tale ufficio è ubicato presso..... in Via....., Tel....., ed è aperto al pubblico tutti i giorni dalle ore.....alle ore.....

1.2 Funzioni

Esempio:

Riceve le osservazioni, le opposizioni o i reclami in qualunque forma presentati dai cittadini/utenti e/o associazioni o organismi riconosciuti che li rappresentano. Provvede a dare immediata risposta al cittadino utente per le segnalazioni e i reclami che si presentano di immediata soluzione, predispone l'attività istruttoria, secondo le procedure fissate dal regolamento di pubblica tutela.

1.2 Modalità di presentazione del reclamo

Esempio:

Il cittadino/utente può presentare reclamo presentandosi direttamente all'ufficio preposto fornendo oralmente le proprie osservazioni

ovvero

compilando apposito modulo distribuito presso l'Ufficio..... e consegnando lo stesso modulo compilato presso l'Ufficio..... nei giorni..... dalle ore.....alle ore.....

1.3 Forme di ristoro e modalità di fruizione di queste da parte del cittadino utente

Esempio:

Il cittadino/utente, nei casi previsti dal regolamento, potrà essere rimborsato attraverso un "bonus" di £.....entro giorni .presso l'Ufficio.....

ovvero

attraverso un "bonus" che gli darà il diritto di usufruire di analoga prestazione senza pagamento di ticket

2 VERIFICA DEGLI IMPEGNI E ADEGUAMENTO ORGANIZZATIVO

2.1 Relazione sullo stato degli standard

La USL garantisce la verifica dell'attuazione degli standard attraverso una relazione annuale sui risultati conseguiti e dà ad essa adeguata pubblicità.

2.2 Conferenza dei servizi

La USL garantisce la convocazione almeno una volta l'anno della Conferenza dei Servizi Sanitari ai fini della verifica dell'andamento e del costante miglioramento della qualità dei servizi ed assicura la partecipazione degli operatori e dei cittadini.

2.3 Indagini sulla soddisfazione dei cittadini/utenti

La USL garantisce la realizzazione di indagini sul grado di soddisfazione dei cittadini/utenti, promuovendo la somministrazione di questionari, indagini campionarie e l'osservazione diretta tramite gruppi di monitoraggio misti. I risultati di tali indagini formeranno oggetto di rapporti resi pubblici.

Allegato 2

**PROFILO- TIPO DELLA
CARTA DEI SERVIZI
(AZIENDA OSPEDALIERA)**

Può essere adottata dalle Istituzioni private accreditate

SEZIONE PRIMA

PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA E PRINCIPI FONDAMENTALI

1. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA

1.1. Fini istituzionali

Esempio :

L'azienda ospedaliera eroga, in regime di ricovero, i servizi e le prestazioni di diagnosi e di cura delle malattie che richiedono interventi di urgenza o emergenza, e delle malattie acute o di lunga durata che non possono essere affrontate in ambulatorio o a domicilio.

Le prestazioni erogate dall'azienda ospedaliera comprendono:

- visite mediche, assistenza infermieristica, ogni atto e procedura diagnostica, terapeutica e riabilitativa necessari per risolvere i problemi di salute del paziente degente e compatibili con il livello di dotazione tecnologica delle singole strutture;
- interventi di soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazioni di urgenza ed emergenza medica ed eventuale trasporto in ospedale.

L'azienda partecipa ai programmi nazionali e regionali nei settori dell'emergenza, dei trapianti, della prevenzione, della tutela materno-infantile e degli anziani e svolge attività didattiche e di ricerca.

2. PRINCIPI FONDAMENTALI

2.1 Eguaglianza

2.2. Imparzialità

2.3 Continuità

2.4 Diritto di scelta

2.5 Partecipazione

2.6 Efficienza ed efficacia

SEZIONE SECONDA

INFORMAZIONI SULLE STRUTTURE E I SERVIZI FORNITI

1. TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI FORNITE

1.1. Ricovero d'urgenza e d'emergenza

(vd. profilo-tipo USL - sez. seconda par. 4.2.)

1.2. Ricovero ordinario

(vd. profilo-tipo USL - sez. seconda par.4.3)

1.3. Ricovero ordinario a ciclo diurno (day hospital)

(vd. profilo-tipo USL - sez. seconda par. 4.4)

1.4. Ospedalizzazione a domicilio

(vd. profilo-tipo USL - sez. seconda par. 4.5)

1.5. Assistenza specialistica territoriale

(vd. profilo-tipo USL . sez. seconda par. 3.2)

1.6 Prestazioni e servizi a pagamento

(tipologia, strutture ed operatori disponibili, modalità di accesso, tariffe e condizioni di pagamento)

2. REPARTI E SERVIZI

(indicare i reparti e i servizi con i nomi dei responsabili)

3. ATTIVITA' AMBULATORIALI PRESENTI

(indicare le specialità attive con il nome dello specialista e gli orari di apertura)

4. SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE

5. SERVIZIO DI ASSISTENZA RELIGIOSA

6. SERVIZI ACCESSORI

(sportelli bancari, bancomat, bar, giornali e riviste, telefono, etc.)

7. COMFORT

(tipo di stanze, servizi igienici, dispositivo di chiamata, orario delle visite, informazione ai parenti, orario dei pasti , sala d'attesa, arredo, apparecchi tv, assenza di barriere architettoniche, segnaletica)

8. MODALITÀ DI ACCESSO AL RICOVERO ORDINARIO

(vd. profilo-tipo USL - sez. seconda par. 4.3.2)

9. MODALITÀ DI ACCESSO AL RICOVERO ORDINARIO A CICLO DIURNO (DAY HOSPITAL)

(vd. profilo-tipo USL - sez. seconda par. 4.4.2)

10. MODALITÀ DI ACCESSO ALLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

(prenotazione, orario di servizio, modalità di pagamento quota di partecipazione)

11. MODALITÀ DI ACCOGLIENZA

(vd. profilo-tipo USL - sez. seconda par.4.11)

12. ALTRO EVENTUALE

13. INFORMAZIONI

Esempio:

Ulteriori informazioni di dettaglio sulle strutture, sulle prestazioni e sulle modalità di accesso e fruizione sono fornite ai cittadini presso i seguenti "punti informazione", facenti capo all'Ufficio relazioni con il pubblico :

.....
.....
.....

(indicare recapito, numero di telefono, orario di apertura ed eventuale settore di competenza)

SEZIONE TERZA
STANDARD DI QUALITA', IMPEGNI E PROGRAMMI

1. RICOVERO OSPEDALIERO

(vd profilo-tipo USL - sez. terza par.1)

2. PRESTAZIONI AMBULATORIALI

(vd. profilo-tipo USL - sez. terza par. 2)

3. PRESTAZIONI E SERVIZIO A PAGAMENTO

SEZIONE QUARTA

MECCANISMI DI TUTELA E DI VERIFICA

1. RECLAMI

(vd. profilo-tipo USL - sez. quarta par.1)

2. VERIFICA DEGLI IMPEGNI E ADEGUAMENTO ORGANIZZATIVO

(vd. profilo-tipo USL - sez. quarta par.2)

2.1 Relazione sullo stato degli standard

(vd. profilo-tipo USL - sez. quarta par.2.1)

2.2. Conferenza dei servizi

(vd. profilo-tipo USL - sez. quarta par.2.2)

2.3 Indagini sulla soddisfazione dei cittadini/utenti

(vd. profilo-tipo USL - sez. quarta par.2.3)

INDICE

1. Premessa e Obiettivi	pag. 139
2. I Principi informativi della Carta Dei Servizi	pag. 140
3. Suggerimenti per definire le Carte Dei Servizi nelle Aziende Sanitarie	pag. 141
3.1 Suggerimenti di struttura e contenuto	
3.2 Suggerimenti di metodo	
3.3 Suggerimenti per verificare gli impegni assunti con le Carte Dei Servizi	
4. Indicazioni programmatiche sul processo di sostegno e il monitoraggio all'attuazione della Carta nel SSN	pag. 145
Allegato 1: Profilo - tipo della Carta dei Servizi - Aziende	pag. 147
Sezione Prima Presentazione dell'azienda sanitaria e principi fondamentali	pag. 148
Sezione Seconda Informazioni sulle strutture e i servizi forniti	pag. 149
Sezione Terza Standard di qualità, impegni e programmi	pag. 172
Sezione Quarta Meccanismi di tutela e di verifica	pag. 176
Allegato 2: Profilo tipo della Carta Dei Servizi - Azienda Ospedaliera	pag. 179
Sezione Prima Presentazione dell'Azienda sanitaria e principi fondamentali	pag. 180
Sezione Seconda Informazioni sulle strutture e i servizi forniti	pag. 181
Sezione Terza Standard di qualità, impegni e programmi	pag. 183
Sezione Quarta Meccanismi di tutela e di verifica	pag. 184

NOTE

NOTE

Nota 1

Si riporta il testo della legge 11 agosto 1991, n. 266, Legge-quadro sul volontariato (in Gazzetta ufficiale n. 196 del 22 agosto 1991):

La Camera dei deputati e il Senato della Repubblica hanno approvato:

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA
Promulga

la seguente legge:

Articolo 1 - Finalità e oggetto della legge

1. La Repubblica italiana riconosce il valore sociale e la funzione dell'attività di volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo, ne promuove lo sviluppo salvaguardandone l'autonomia e ne favorisce l'apporto originale per il conseguimento delle finalità di carattere sociale, civile e culturale individuate dallo Stato, dalle regioni, dalle province autonome di Trento e Bolzano e dagli enti locali.

2. La presente legge stabilisce i principi cui le regioni e le province autonome devono attenersi nel disciplinare i rapporti fra le istituzioni pubbliche e le organizzazioni di volontariato nonché i criteri cui debbono uniformarsi le amministrazioni statali e gli enti locali nei medesimi rapporti.

Articolo 2 - Attività di volontariato

Ai fini della presente legge per attività di volontariato deve intendersi quella prestata in modo personale, spontaneo e gratuito, tramite l'organizzazione di cui il volontario fa parte, senza fini di lucro anche indiretto ed esclusivamente per fini di solidarietà.

2. L'attività del volontario non può essere retribuita in alcun modo nemmeno dal beneficiario. Al volontario possono essere soltanto rimborsate dall'organizzazione di appartenenza le spese effettivamente sostenute per l'attività prestata, entro limiti preventivamente stabiliti dalle organizzazioni stesse.

3. La qualità di volontario è incompatibile con qualsiasi forma di rapporto di lavoro subordinato o autonomo e con ogni altro rapporto di contenuto patrimoniale con l'organizzazione di cui fa parte.

Articolo 3 - Organizzazioni di volontariato

1. E' considerato organizzazione di volontariato ogni organismo liberamente costituito al fine di svolgere l'attività di cui all'articolo 2, che si avvalga in modo determinante e prevalente delle prestazioni personali, volontarie e gratuite dei propri aderenti.

2. Le organizzazioni di volontariato possono assumere la forma giuridica che ritengono più adeguata al perseguimento dei loro fini, salvo il limite di compatibilità con lo scopo solidaristico.

3. Negli accordi degli aderenti, nell'atto costitutivo o nello statuto, oltre a quanto disposto dal codice civile per le diverse forme giuridiche che l'organizzazione assume, devono essere espressamente previsti l'assenza di fini di lucro, la democraticità della struttura, l'elettività e la gratuità delle cariche associative nonché la gratuità delle prestazioni fornite dagli aderenti, i criteri di ammissione e di esclusione di questi ultimi, i loro obblighi e diritti. Devono essere altresì stabiliti l'obbligo di formazione del bilancio, dal quale devono risultare i beni, i contributi o i lasciti ricevuti, nonché le modalità di approvazione dello stesso da parte dell'assemblea degli aderenti.

4. Le organizzazioni di volontariato possono assumere lavoratori dipendenti o avvalersi di prestazioni di lavoro autonomo esclusivamente nei limiti necessari al loro regolare funzionamento oppure occidanti a qualificare o specializzare l'attività da esse svolta.

5. Le organizzazioni svolgono le attività di volontariato mediante strutture proprie o, nelle forme e nei modi previsti dalla legge, nell'ambito di strutture pubbliche o con queste convenzionate.

Articolo 4 - Assicurazione degli aderenti ad organizzazioni di volontariato

1. Le organizzazioni di volontariato debbono assicurare i propri aderenti, che prestano attività di volontariato, contro gli infortuni e le malattie connessi allo svolgimento dell'attività stessa, nonché per la responsabilità civile verso i terzi.

2. Con decreto del Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, da emanarsi entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuati meccanismi assicurativi semplificati, con polizze anche numeriche o collettive, e sono disciplinati i relativi controlli.

Articolo 5 - Risorse economiche

1. Le organizzazioni di volontariato traggono le risorse economiche per il loro funzionamento e per lo svolgimento della propria attività da:

- a) contributi degli aderenti;
- b) contributi di privati;
- c) contributi dello Stato, di enti o di istituzioni pubbliche finalizzati esclusivamente al sostegno di specifiche e documentate attività o progetti;
- d) contributi di organismi internazionali;
- e) donazioni e lasciti testamentari;
- f) rimborsi derivanti da convenzioni;
- g) entrate derivanti da attività commerciali e produttive marginali.

2. Le organizzazioni di volontariato, prive di personalità giuridica, iscritte nei registri di cui all'articolo 6, possono acquistare beni mobili registrati e beni immobili occorrenti per lo svolgimento della propria attività. Possono inoltre, in deroga agli articoli 600 e 786 del codice civile, accettare donazioni e, con beneficio d'inventario, lasciti testamentari, destinando i beni ricevuti e le loro rendite esclusivamente al conseguimento delle finalità previste dagli accordi, dall'atto costitutivo e dallo statuto.

3. I beni di cui al comma 2 sono intestati alle organizzazioni. Ai fini della trascrizione dei relativi acquisti si applicano gli articoli 2659 e 2660 del codice civile.

4. In caso di scioglimento, cessazione ovvero estinzione delle organizzazioni di volontariato, ed indipendentemente dalla loro forma giuridica, i beni che residuano dopo l'esaurimento della

liquidazione sono devoluti ad altre organizzazioni di volontariato operanti in identico o analogo settore, secondo le indicazioni contenute nello statuto o negli accordi degli aderenti, o, in mancanza, secondo le disposizioni del codice civile.

Articolo 6 - Registri delle organizzazioni di volontariato istituiti dalle regioni e dalle province autonome

1. Le regioni e le province autonome disciplinano l'istituzione e la tenuta dei registri generali delle organizzazioni di volontariato.

2. L'iscrizione ai registri è condizione necessaria per accedere ai contributi pubblici nonché per stipulare le convenzioni e per beneficiare delle agevolazioni fiscali, secondo le disposizioni di cui rispettivamente agli articoli 7 e 8.

3. Hanno diritto ad essere iscritte nei registri le organizzazioni di volontariato che abbiano i requisiti di cui all'articolo 3 e che allegino alla richiesta copia dell'atto costitutivo e dello statuto o degli accordi degli aderenti.

4. Le regioni e le province autonome determinano i criteri per la revisione periodica dei registri, al fine di verificare il permanere dei requisiti e l'effettivo svolgimento dell'attività di volontariato da parte delle organizzazioni iscritte. Le regioni e le province autonome dispongono la cancellazione dal registro con provvedimento motivato.

5. Contro il provvedimento di diniego dell'iscrizione o contro il provvedimento di cancellazione è ammesso ricorso, nel termine di trenta giorni dalla comunicazione, al tribunale amministrativo regionale, il quale decide in camera di consiglio, entro trenta giorni dalla scadenza del termine per deposito del ricorso, uditi i difensori delle parti che ne abbiano fatto richiesta. La decisione del tribunale è appellabile, entro trenta giorni dalla notifica della stessa, al Consiglio di Stato, il quale decide con le medesime modalità e negli stessi termini.

6. Le regioni e province autonome inviano ogni anno copia aggiornata dei registri all'Osservatorio nazionale per il volontariato, previsto dall'articolo 12.

7. Le organizzazioni iscritte nei registri sono tenute alla conservazione della documentazione relativa alle antrate di cui all'articolo 5, comma 1, con l'indicazione nominativa dei soggetti eroganti.

Articolo 7 - Convenzioni

1. Lo Stato, le regioni, le province autonome, gli enti locali e gli altri enti pubblici possono stipulare convenzioni con le organizzazioni di volontariato iscritte da almeno sei mesi nei registri di cui all'articolo 6 e che dimostrino attitudine e capacità operativa.

2. Le convenzioni devono contenere disposizioni dirette a garantire l'esistenza delle condizioni necessarie a svolgere con continuità le attività oggetto della convenzione, nonché il rispetto dei diritti e della dignità degli utenti. Devono inoltre prevedere forme di verifica delle prestazioni e di controllo della loro qualità nonché le modalità di rimborso delle spese.

3. La copertura assicurativa di cui all'articolo 4 è elemento essenziale della convenzione e gli oneri relativi sono a carico dell'ente con il quale viene stipulata la convenzione medesima.

Articolo 8 - Agevolazioni fiscali

1. Gli atti costitutivi delle organizzazioni di volontariato di cui all'articolo 3, costituite esclusivamente per fini di solidarietà, e quelli connessi allo svolgimento delle loro attività sono esenti dall'imposta di bollo e dall'imposta di registro.

2. Le operazioni effettuate dalle organizzazioni di volontariato di cui all'articolo 3, costituito esclusivamente per fini di solidarietà, non si considerano cessioni di beni né prestazioni di servizi ai fini dell'imposta sul valore aggiunto; le donazioni e le attribuzioni di eredità o di legato sono esenti da ogni imposta a carico delle organizzazioni che perseguono esclusivamente i fini suindicati.

3. All'articolo 17 della legge 29 dicembre 1990, n. 408 come modificato dall'articolo 1 della legge 25 marzo 1991, n. 102 dopo il comma 1-bis è aggiunto il seguente:

"I° ter. Con i decreti legislativi di cui al comma 1, e secondo i medesimi principi e criteri direttivi, saranno introdotte misure volte a favorire le erogazioni liberali in denaro a favore delle organizzazioni di volontariato costituito esclusivamente ai fini di solidarietà, purché le attività siano destinate a finalità di volontariato, riconosciute idonee in base alla normativa vigente in materia e che risultano iscritte senza interruzione da almeno due anni negli appositi registri. A tal fine, in deroga alla disposizione di cui alla lettera a) del comma 1, dovrà essere prevista la deducibilità delle predette erogazioni, ai sensi degli articoli 10, 65 e 110 del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni e integrazioni, per un ammontare superiore a lire 2 milioni ovvero, ai fini del reddito di impresa, nella misura del 50 per cento della somma erogata entro il limite del 2 per cento degli utili dichiarati e fino ad un massimo di 100 milioni".

4. I proventi derivanti da attività commerciali e produttive marginali non costituiscono redditi imponibili ai fini dell'imposta sul reddito delle persone giuridiche (IRPEG) e dell'imposta locale sul reddito (ILOR), qualora sia documentato il loro totale impiego per i fini istituzionali dell'organizzazione di volontariato. Sulle domande di esenzione, previo accertamento della natura e dell'identità delle attività, decide il Ministro delle finanze con proprio decreto, di concerto con il Ministro degli affari sociali.

Articolo 9 - valutazione dell'imponibile

1. Alle organizzazioni di volontariato iscritte nei registri di cui all'articolo 6 si applicano le disposizioni di cui all'articolo 20, primo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 598, come sostituito dall'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1982, n. 954.

Articolo 10 - Norme regionali e delle province autonome

1. Le leggi regionali e provinciali devono salvaguardare l'autonomia di organizzazione e di iniziativa del volontariato e favorirne lo sviluppo.

2. In particolare, disciplinano:

a) le modalità cui dovranno attenersi le organizzazioni per lo svolgimento delle prestazioni che formano oggetto dell'attività di volontariato, all'interno delle strutture pubbliche e di strutture convenzionate con le regioni e le province autonome;

- b) le forme di partecipazione consultiva delle organizzazioni iscritte nei registri di cui all'articolo 6 alla programmazione degli interventi nei settori in cui esse operano;
- c) i requisiti ed i criteri che danno titolo di priorità nella scelta delle organizzazioni per la stipulazione delle convenzioni, anche in relazione di diversi settori di intervento;
- d) gli organi e le forme di controllo, secondo quanto previsto dall'articolo 6;
- e) le condizioni e le forme di finanziamento e di sostegno delle attività di volontariato;
- f) la partecipazione dei volontari aderenti alle organizzazioni iscritte nei registri di cui all'articolo 6 ai corsi di formazione, qualificazione e aggiornamento professionale svolti o promossi dalle regioni, dalle province autonome e dagli enti locali nei settori di diretto intervento delle organizzazioni stesse.

Articolo 11 - Diritto all'informazione ed accesso ai documenti amministrativi

1. Alle organizzazioni di volontariato, iscritte nei registri di cui all'articolo 6, si applicano le disposizioni di cui al capo V della legge 7 agosto 1990, 241.
2. Ai fini di cui al comma 1 sono considerate situazioni giuridicamente rilevanti quelle attinenti al perseguimento degli scopi statutari delle organizzazioni.

Articolo 12 - Osservatorio nazionale per volontariato

1. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per gli affari sociali, è istituito l'Osservatorio nazionale per il volontariato, presieduto dal Ministro per gli affari sociali o da un suo delegato e composto da dieci rappresentanti delle organizzazioni e delle federazioni di volontariato operanti in almeno sei regioni, da due esperti e da tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggioranze rappresentative. L'Osservatorio, che si avvale del personale, dei mezzi e dei servizi messi a disposizione dal Segretariato generale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha i seguenti compiti:

- a) provvedere al censimento delle organizzazioni di volontariato ed alla diffusione della conoscenza delle attività da esse svolte;
- b) promuovere ricerche e studi in Italia e all'estero;
- c) fornire ogni utile elemento per la promozione e lo sviluppo del volontariato;
- d) approvare progetti sperimentali elaborati, anche in collaborazione con gli enti locali, da organizzazioni di volontariato iscritte nei registri di cui all'articolo 6 per far fronte ad emergenze sociali e per favorire l'applicazione di metodologie di intervento particolarmente avanzate;
- e) offrire sostegno e consulenza per progetti di informatizzazione e di banche-dati nei settori di competenza della presente legge;
- f) pubblicare un rapporto biennale sull'andamento del fenomeno e sullo stato di attuazione delle normative nazionali e regionali;
- g) sostenere, anche con la collaborazione delle regioni, iniziative di formazione ed aggiornamento per la prestazione dei servizi;
- h) pubblicare un bollettino periodico di informazione e promuovere altre iniziative finalizzate alla circolazione delle notizie attinenti l'attività di volontariato;
- i) promuovere, con cadenza triennale, una Conferenza nazionale del volontariato, alla quale partecipino tutti i soggetti istituzionali, i gruppi e gli operatori interessati.

2. E' istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento degli affari sociali, il Fondo per il volontariato, finalizzato a sostenere finanziariamente i progetti di cui alla lettera d) del comma 1.

Articolo 13 - Limiti di applicabilità

1. E' fatta salva la normativa vigente per le attività di volontariato non contemplate nella presente legge, con particolare riferimento alle attività di cooperazione internazionale allo sviluppo, di protezione civile e a quelle connesse con il servizio civile sostitutivo di cui alla legge 15 dicembre 1972, n. 772.

Articolo 14 - Autorizzazioni di spesa e copertura finanziaria

1. Per il funzionamento dell'Osservatorio nazionale per il volontariato, per la dotazione del Fondo di cui al comma 2 dell'articolo 12 e per l'organizzazione della Conferenza nazionale del volontariato di cui al comma 1, lettera i), dello stesso articolo 12, è autorizzata una spesa di due miliardi di lire per ciascuno degli anni 1991, 1992 e 1993.

2. All'onere di cui al comma 1 si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1991-1993, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1991, all'uopo utilizzando parzialmente l'accantonamento: "Legge-quadro sulle organizzazioni di volontariato".

3. Le minori entrate derivanti dall'applicazione dei commi 1 e 2 dell'articolo 8 sono valutate complessivamente in lire 1 miliardo per ciascuno degli anni 1991, 1992 e 1993. Al relativo onere si fa fronte mediante utilizzazione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1991-1993, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1991, all'uopo utilizzando parzialmente l'accantonamento: "Legge quadro sulle organizzazioni di volontariato".

Articolo 15 - Fondi speciali presso le regioni

1. Gli enti di cui all'articolo 12, comma 1, del decreto legislativo 20 novembre 1990, n. 356, devono prevedere nei propri statuti che una quota non inferiore ad un quindicesimo dei propri proventi, al netto delle spese di funzionamento e dell'accantonamento di cui alla lettera d) del comma 1 dello stesso articolo 12, venga destinata alla costituzione di fondi speciali presso le regioni al fine di istituire, per il tramite degli enti locali, centri di servizio a disposizione delle organizzazioni di volontariato, e da queste gestiti, con la funzione di sostenerne e qualificarne l'attività.

2. Le casse di risparmio, fino a quando non abbiano proceduto alle operazioni di ristrutturazione di cui all'articolo 1 del citato decreto legislativo n. 356 del 1990, devono destinare alle medesime finalità di cui al comma 1 del presente articolo una quota pari a un decimo delle somme destinate ad opere di beneficenza e di pubblica utilità ai sensi dell'articolo 35, terzo comma, del regio decreto 25 aprile 1929, n. 967, e successive modificazioni.

3. Le modalità di attuazione delle norme di cui ai commi 1 e 2, saranno stabilite con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro per gli affari sociali, entro tre mesi dalla data di pubblicazione della presente Gazzetta Ufficiale.

Articolo 16 - Norme transitorie e finali

1. Fatte salve le competenze delle regioni a statuto speciale province autonome di Trento e Bolzano, le regioni provvedono ad emanare o adeguare le norme per l'attuazione dei principi contenuti nella presente legge entro un anno dalla data della sua entrata in vigore.

Articolo 17 - Flessibilità nell'orario di lavoro

1. I lavoratori che facciano parte di organizzazioni iscritte nei registri di cui all'articolo 6, per poter espletare attività di volontariato, hanno diritto di usufruire delle forme di flessibilità di orario di lavoro o delle turnazioni previste dai contratti o dagli accordi collettivi, compatibilmente con l'organizzazione aziendale.

2. All'articolo 3 della legge 29 marzo 1983, n. 93, è aggiunto, in fine, il seguente comma:

"Gli accordi sindacali disciplinano i criteri per consentire ai lavoratori, che prestino nell'ambito del comune di abituale dimora la loro opera volontaria e gratuita in favore di organizzazioni di volontariato riconosciute idonee dalla normativa in materia, di usufruire di particolari forme di flessibilità degli orari di lavoro o di turnazioni, compatibilmente con l'organizzazione dell'amministrazione di appartenenza".

Nota 2

Si riporta il testo dell'articolo 5, comma 2, lettere b), e) ed f), della legge 23 agosto 1988, n. 400, (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri, in Gazzetta ufficiale n. 214 del 12 settembre 1988):

"Articolo 5 - Attribuzioni del Presidente del Consiglio dei Ministri

2. Il Presidente del Consiglio dei Ministri , ai sensi dell'articolo 95, primo comma, della Costituzione:

b) coordina e promuove l'attività dei Ministri in ordine agli atti che riguardano la politica generale del Governo;

e) adotta le direttive per assicurare l'imparzialità, il buon andamento e l'efficienza degli uffici pubblici e promuove le verifiche necessarie; in casi di particolare rilevanza può richiedere al Ministro competente relazioni e verifiche amministrative;

f) promuove l'azione dei Ministri per assicurare che le aziende e gli enti pubblici svolgano la loro attività secondo gli obiettivi indicati dalle leggi che ne definiscono l'autonomia e in coerenza con i conseguenti indirizzi politici e amministrativi del Governo;"

Nota 3

Si riporta il testo dell'articolo 1 della legge 12 giugno 1990 n. 146, (in Gazzetta ufficiale n. 137 del 14 giugno 1990):

"Articolo 1

1. Ai fini della presente legge sono considerati servizi pubblici essenziali, indipendentemente dalla natura giuridica del rapporto di lavoro, anche se svolti in regime di concessione o mediante convenzione, quelli volti a garantire il godimento dei diritti della persona, costituzionalmente tutelati, alla vita, alla salute, alla libertà ed alla sicurezza, alla libertà di circolazione, all'assistenza ed alla previdenza sociale, all'istruzione ed alla libertà di comunicazione.

2. Allo scopo di contemperare l'esercizio del diritto di sciopero con il godimento dei diritti della persona, costituzionalmente tutelati, di cui al comma 1, la presente legge dispone le regole da rispettare e le procedure da seguire in caso di conflitto collettivo, per assicurare l'effettività, nel loro contenuto essenziale, dei diritti medesimi, in particolare nei seguenti servizi e limitatamente all'insieme delle prestazioni individuate come indispensabili ai sensi dell'articolo 2:

a) per quanto concerne la tutela della vita, della salute, della libertà e della sicurezza della persona, dell'ambiente e del patrimonio storico-artistico: la sanità, l'igiene pubblica, la protezione civile, la raccolta e lo smaltimento dei rifiuti urbani e di quelli speciali, tossici e nocivi, le dogane, limitatamente al controllo su animali e su merci deperibili, l'approvvigionamento di energie, prodotti energetici, risorse naturali e beni di prima necessità, nonché la gestione e la manutenzione dei relativi impianti, limitatamente a quanto attiene alla sicurezza degli stessi; l'amministrazione della giustizia, con particolare riferimento ai provvedimenti restrittivi della libertà personale ed a quelli cautelari ed urgenti, nonché ai processi penali con imputati in stato di detenzione; i servizi di protezione ambientale e di vigilanza sui beni culturali;

b) per quanto concerne la tutela della libertà di circolazione: i trasporti pubblici urbani ed extraurbani autoferrotranviari, ferroviari, aerei, aeroportuali e quelli marittimi limitatamente al collegamento con le isole;

c) per quanto concerne l'assistenza e la previdenza sociale, nonché gli emolumenti retributivi o comunque quanto economicamente necessario al soddisfacimento delle necessità della vita attinenti a diritti della persona costituzionalmente garantiti: i servizi di erogazione dei relativi importi anche effettuati a mezzo del servizio bancario;

d) per quanto riguarda l'istruzione: istruzione pubblica, con particolare riferimento all'esigenza di assicurare la continuità dei servizi degli asili nido, delle scuole materne e delle scuole elementari, nonché lo svolgimento degli scrutini finali e degli esami, e l'istruzione universitaria, con particolare riferimento agli esami conclusivi dei cicli di istruzione;

e) per quanto riguarda la libertà di comunicazione: le poste, le telecomunicazioni e l'informazione radiotelevisiva pubblica".

Nota 4

La legge 7 agosto 1990 n. 241 è pubblicata nella Gazzetta ufficiale n. 192 del 18 agosto 1990.

Nota 5

Si riporta il testo dell'articolo 20 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, come sostituito dall'articolo 6 del decreto legislativo 10 novembre 1993, n. 470:

"Verifica dei risultati. Responsabilità dirigenziali

1. I dirigenti generali ed i dirigenti sono responsabili del risultato dell'attività svolta dagli uffici ai quali sono preposti, della realizzazione dei programmi e dei progetti loro affidati in relazione agli obiettivi dei rendimenti e dei risultati della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, incluse

le decisioni organizzative e di gestione del personale. All'inizio di ogni anno, i dirigenti presentano al direttore generale, e questi al Ministro, una relazione sull'attività svolta nell'anno precedente.

2. Nelle amministrazioni pubbliche, ove già non esistano, sono istituiti i servizi di controllo interno, o nuclei di valutazione, con il compito di verificare, mediante valutazioni comparative dei costi e dei rendimenti, la realizzazione degli obiettivi, la corretta ed economica gestione delle risorse pubbliche, l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa. I servizi o nuclei determinano almeno annualmente, anche su indicazione degli organi di vertice, i parametri di riferimento del controllo.

3. Gli uffici di cui al comma 2 operano in posizione di autonomia e rispondono esclusivamente agli organi di direzione politica. Ad essi è attribuito, nell'ambito delle dotazioni organiche vigenti, un apposito contingente di personale. Può essere utilizzato anche personale già collocato fuori ruolo. Per motivate esigenze, le amministrazioni pubbliche possono altresì avvalersi di consulenti esterni, esperti in tecniche di valutazione e nel controllo di gestione.

4. I nuclei di valutazione, ove istituiti, sono composti da dirigenti generali e da esperti anche esterni alle amministrazioni. In casi di particolare complessità, il Presidente del Consiglio può stipulare, anche cumulativamente per più amministrazioni, convenzioni apposite con soggetti pubblici o privati particolarmente qualificati.

5. I servizi e i nuclei hanno accesso ai documenti amministrativi e possono richiedere, oralmente o per iscritto, informazioni agli uffici pubblici. Riferiscono trimestralmente sui risultati della loro attività agli organi generali di direzione. Gli uffici di controllo interno delle amministrazioni territoriali e periferiche riferiscono altresì ai comitati di cui al comma 6.

6. I comitati provinciali delle pubbliche amministrazioni e i comitati metropolitani di cui all'articolo 18 del decreto-legge 24 novembre 1990, n. 344, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 gennaio 1991, n. 21, e al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 giugno 1992, si avvalgono degli uffici di controllo interno delle amministrazioni territoriali e periferiche.

7. All'istituzione degli uffici di cui al comma 2 si provvede con regolamenti delle singole amministrazioni da emanarsi entro il 1° febbraio 1994. E' consentito avvalersi, sulla base di apposite convenzioni, di uffici già istituiti in altre amministrazioni.

8. Per la Presidenza del Consiglio dei Ministri e per le amministrazioni che esercitano competenze in materia di difesa e sicurezza dello Stato, di polizia e di giustizia, le operazioni di cui al comma 2 sono effettuate dal Ministro per i dirigenti e dal Consiglio dei Ministri per i dirigenti generali. I termini e le modalità di attuazione del procedimento di verifica dei risultati da parte del Ministro competente e del Consiglio dei Ministri sono stabiliti rispettivamente con regolamento ministeriale e con decreto del Presidente della Repubblica da adottarsi entro sei mesi ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400.

9. L'inosservanza delle direttive e i risultati negativi della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa comportano, in contraddittorio, il collocamento a disposizione per la durata massima di un anno, con conseguente perdita del trattamento economico accessorio connesso alle funzioni. Per le amministrazioni statali tale provvedimento è adottato dal Ministro ove si tratti di dirigenti e dal Consiglio dei Ministri ove si tratti di dirigenti generali. Nelle altre amministrazioni provvedono gli organi amministrativi di vertice. Per effetto del collocamento a disposizione non si può procedere a nuove nomine a qualifiche dirigenziali. In caso di responsabilità particolarmente grave o reiterata, nei confronti dei dirigenti generali o equiparati, può essere disposto in contraddittorio- il collocamento a riposo per ragioni di servizio, anche se non sia mai stato in precedenza disposto il collocamento a disposizione; nei confronti dei dirigenti si applicano le disposizioni del codice civile.

10. *Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di responsabilità penale, civile amministrativo-contabile e disciplinare previste per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche.*

11. *Restano altresì ferme le disposizioni vigenti per il personale delle qualifiche dirigenziali delle forze di polizia, delle carriere diplomatica e prefettizia e delle Forze armate".*

Nota 6

Si veda nota precedente.

Nota 7

Si riporta il testo degli articoli 20, commi 9, 10 e 59 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, così come modificati, rispettivamente, dall'articolo 6 del decreto legislativo 10 novembre 1993, n. 470, e dall'articolo 27 del decreto legislativo 23 dicembre 1993, n.546:

"Verifica dei risultati. Responsabilità dirigenziali

9. *L'inosservanza delle direttive e i risultati negativi della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa comportano, in contraddittorio, il collocamento a disposizione per la durata massima di un anno, con conseguente perdita del trattamento economico accessorio connesso alle funzioni. Per le amministrazioni statali tale provvedimento è adottato dal Ministro ove si tratti di dirigenti e dal Consiglio dei Ministri ove si tratti di dirigenti generali. Nelle altre amministrazioni provvedono gli organi amministrativi di vertice. Per effetto del collocamento a disposizione non si può procedere a nuove nomine a qualifiche dirigenziali. In caso di responsabilità particolarmente grave o reiterata, nei confronti dei dirigenti generali o equiparati, può essere disposto in contraddittorio-il collocamento a riposo per ragioni di servizio, anche se non sia mai stato in precedenza disposto il collocamento a disposizione; nei confronti dei dirigenti si applicano le disposizioni del codice civile.*

10. *Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di responsabilità penale, civile amministrativo-contabile e disciplinare previste per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche.*

11. *Restano altresì ferme le disposizioni vigenti per il personale delle qualifiche dirigenziali delle forze di polizia, delle carriere diplomatica e prefettizia e delle Forze armate".*

Articolo 59 - Sanzioni disciplinari e responsabilità

1. *Per i dipendenti di cui all'articolo 2, comma 2, fatto salvo per i soli dirigenti generali quanto disposto dall'articolo 20, comma 10, resta ferma la disciplina attualmente vigente in materia di responsabilità civile, amministrativa, penale e contabile per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche.*

2. *Ai dipendenti di cui all'articolo 2, comma 2, si applicano l'articolo 2106 del codice civile e l'articolo 7, commi primo, quinto e ottavo, della legge 20 maggio 1970, n. 300.*

3. Salvo quanto previsto dagli articoli 20, comma 1, e 58, comma 1, la tipologia e l'entità delle infrazioni e delle relative sanzioni possono essere definite dai contratti collettivi.

4. Ciascuna amministrazione, secondo il proprio ordinamento, individua l'ufficio competente per i provvedimenti disciplinari. Tale ufficio, su segnalazione del capo della struttura in cui il dipendente lavora, contesta l'addebito al dipendente medesimo, istruisce il procedimento disciplinare applica la sanzione. Quando le sanzioni da applicare siano rimprovero verbale e censura, il capo della struttura in cui il dipendente lavora provvede direttamente.

5. Ogni provvedimento disciplinare, ad eccezione del rimprovero verbale, deve essere adottato previa tempestiva contestazione scritta dell'addebito al dipendente, che viene sentito a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore ovvero di un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato. Trascorsi inutilmente quindici giorni dalla convocazione per la difesa del dipendente, la sanzione viene applicata nei successivi quindici giorni.

6. Con il consenso del dipendente la sanzione applicabile può essere ridotta, ma in tal caso non è più suscettibile di impugnazione.

7. Ove i contratti collettivi non prevedano procedure di conciliazione, entro venti giorni dall'applicazione della sanzione, il dipendente, anche per mezzo di un procuratore o dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato, può impugnarla davanti al collegio arbitrale di disciplina dell'amministrazione in cui lavora. Il collegio emette la sua decisione entro novanta giorni dall'impugnazione e l'amministrazione vi si conferma. Durante tale periodo la sanzione resta sospesa.

8. Il collegio arbitrale si compone di due rappresentanti dell'amministrazione e di due rappresentanti dei dipendenti ed è presieduto da un esterno all'amministrazione, di provata esperienza e indipendenza. Ciascuna amministrazione, secondo il proprio ordinamento, stabilisce, sentite le organizzazioni sindacali, le modalità per la periodica designazione di dieci rappresentanti dell'amministrazione e dieci rappresentanti dei dipendenti, che, di comune accordo, indicano cinque presidenti. In mancanza di accordo, l'amministrazione richiede la nomina dei presidenti al presidente del tribunale del luogo in cui siede il collegio. Il collegio opera con criteri oggettivi di rotazione dei membri e di assegnazione dei procedimenti disciplinari che ne garantiscano l'imparzialità.

9. Più amministrazioni omogenee o affini possono istituire un unico collegio arbitrale mediante convenzione che ne regoli le modalità di costituzione e di funzionamento nel rispetto dei principi di cui ai precedenti commi.

10. Fino al riordinamento degli organi collegiali della scuola e, comunque, non oltre il 31 dicembre 1994, nei confronti del personale ispettivo tecnico, direttivo, docente ed educativo delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative statali si applicano le norme di cui al titolo IV, capo II, del decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 417".

Nota 8

Si veda nota 2.

Nota 9

Si veda nota 4.

Nota 10

Si riporta il testo dell'articolo 1 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29:

"Articolo 1 - Finalità ed ambito di applicazione

1. Le disposizioni del presente decreto disciplinano l'organizzazione degli uffici e i rapporti di lavoro e di impiego alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, tenuto conto delle autonomie locali e di quelle delle regioni e delle province autonome, nel rispetto dell'articolo 97, comma primo, della Costituzione, al fine di:

- a) accrescere l'efficienza delle amministrazioni in relazione a quella dei corrispondenti uffici e servizi dei Paesi della Comunità Europea, anche mediante il coordinato sviluppo di sistemi informativi pubblici;*
- b) razionalizzare il costo del lavoro pubblico, contenendo la spesa complessiva per il personale, diretta e indiretta, entro i vincoli di finanza pubblica;*
- c) integrare gradualmente la disciplina del lavoro pubblico con quella del lavoro privato.*

2. Per amministrazioni pubbliche si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le regioni, le province, i comuni, le comunità montane, e loro consorzi ed associazioni, le istituzioni universitarie, gli istituti autonomi case popolari, le camere di commercio, industria artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale.

3. Le disposizioni del presente decreto costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Le regioni a statuto ordinario si attengono ad esse tenendo conto delle peculiarità dei rispettivi ordinamenti. I principi desumibili dall'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, costituiscono altresì, per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e Bolzano, norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica".

Nota 11

Si riporta il testo del capo III della legge 7 agosto 1990, n. 241:

"Capo III - Partecipazione al procedimento amministrativo

Articolo 7

1. Ove non sussistano ragioni di impedimento derivanti da particolari esigenze di celerità del procedimento, l'avvio del procedimento stesso è comunicato, con le modalità previste dall'articolo 8, ai soggetti nei confronti dei quali il provvedimento finale è destinato a produrre effetti diretti ed a quelli che per legge debbono intervenire. Ove parimenti non sussistano le ragioni di impedimento predette, qualora da un provvedimento possa derivare un pregiudizio a soggetti individuati o facilmente individuabili, diversi dai suoi diretti destinatari, l'amministrazione è tenuta a fornire loro, con le stesse modalità, notizia dell'inizio del procedimento.

2. Nelle ipotesi di cui al comma 1 resta salva la facoltà dell'amministrazione di adottare anche prima della effettuazione delle comunicazioni di cui al medesimo comma 1, provvedimenti cautelari.

Articolo 8

1. L'amministrazione provvede a dare notizia dell'avvio del procedimento mediante comunicazione personale.

2. Nelle comunicazione debbono essere indicati:

- a) l'amministrazione competente;
- b) l'oggetto del procedimento promosso;
- c) l'ufficio e la persona responsabile del procedimento;
- d) l'ufficio in cui si può prendere visione degli atti.

3. Qualora per il numero dei destinatari la comunicazione personale non sia possibile o risulti particolarmente gravosa, l'amministrazione provvede a rendere noti gli elementi di cui al comma 2 mediante forme di pubblicità idonee di volta in volta stabilite dall'amministrazione medesima.

4. L'omissione di taluna delle comunicazioni prescritte può essere fatta valere solo dal soggetto nel cui interesse la comunicazione è prevista.

Articolo 9

1. Qualunque soggetto, portatore di interessi pubblici o privati, nonchè i portatori di interessi diffusi costituiti in associazioni o comitati, cui possa derivare un pregiudizio dal provvedimento, hanno facoltà di intervenire nel procedimento.

Articolo 10

1. I soggetti di cui all'articolo 7 e quelli intervenuti ai sensi dell'articolo 9 hanno diritto:

- a) di prendere visione degli atti del procedimento, salvo quanto previsto dall'articolo 24;
- b) di presentare memorie scritte e documenti, che l'amministrazione ha l'obbligo di valutare ove siano pertinenti all'oggetto del procedimento.

Articolo 11

1. In accoglimento di osservazioni e proposte presentate a norma dell'articolo 10, l'amministrazione procedente può concludere, senza pregiudizio dei diritti dei terzi, e in ogni caso nel perseguimento del pubblico interesse, accordi con gli interessati al fine di determinare il contenuto discrezionale del provvedimento finale ovvero, nei casi previsti dalla legge, in sostituzione di questo.

2. Gli accordi di cui al presente articolo debbono essere stipulati, a pena di nullità, per atto scritto salvo che la legge disponga altrimenti. Ad essi si applicano, ove non diversamente previsto, i principi del codice civile in materia di obbligazioni e contratti in quanto compatibili.

3. Gli accordi sostitutivi di provvedimenti sono soggetti ai medesimi controlli previsti per questi ultimi.

4. Per sopravvenuti motivi di pubblico interesse l'amministrazione recede unilateralmente dall'accordo, salvo l'obbligo di provvedere alla liquidazione di un indennizzo in relazione agli eventuali pregiudizi verificatisi in danno del privato.

5. Le controversie in materia di formazione, conclusione ed esecuzione degli accordi di cui al presente articolo sono riservate alla giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo.

Articolo 12

1. La concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati sono subordinate alla predeterminazione ed alla pubblicazione da parte delle amministrazioni procedenti nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, dei criteri e delle modalità cui le amministrazioni stesse devono attenersi.

2. L'effettiva osservanza dei criteri e delle modalità di cui al comma 1 deve risultare dai singoli provvedimenti relativi agli interventi di cui al medesimo comma 1.

Articolo 13

1. Le disposizioni contenute nel presente capo non si applicano nei confronti dell'attività della pubblica amministrazione diretta alla emanazione di atti normativi, amministrativi generali, di pianificazione e di programmazione, per i quali restano ferme le particolari norme che ne regolano la formazione.

2. Dette disposizioni non si applicano altresì ai procedimenti tributari per i quali restano parimenti ferme le particolari norme che li regolano".

Nota 12

Si riporta il testo dell'articolo 11 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29:

"Articolo 11 - Trasparenza delle amministrazioni pubbliche

1. L'organismo di cui all'articolo 2, comma 1, lettera mm), della legge 23 ottobre 1992, n. 241, ai fini della trasparenza e rapidità del procedimento, definisce, ai sensi dell'articolo 5, lettera b), i modelli e sistemi informativi utili all'interconnessione tra le amministrazioni pubbliche.

2. La Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica ed i comitati metropolitani, di cui all'articolo 18 del decreto-legge 24 novembre 1990, n. 344, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 gennaio 1991, n. 21, promuovono, utilizzando il personale degli uffici di cui all'articolo 12, la costituzione di servizi di accesso polifunzionale alle amministrazioni pubbliche nell'ambito dei progetti finalizzati di cui all'articolo 26 della legge 11 marzo 1988, n. 67".

Nota 13

Si riporta il testo dell'articolo 26 della legge 11 marzo 1988, n. 67, (in Gazzetta ufficiale 14 marzo 1988, n. 61):

"Articolo 26

1. Per il finanziamento dei progetti finalizzati all'ampliamento ed al miglioramento dei servizi, dei progetti sperimentali di tipo strumentale e per obiettivi, e dei progetti-pilota finalizzati al recupero della produttività, previsti rispettivamente dagli articoli 3, 12 e 13 del decreto del Presidente della Repubblica 1° febbraio 1986, n. 13, è istituito, nello stato di previsione del Ministero del tesoro, un apposito fondo di lire 50 miliardi per ciascuno degli anni 1988, 1989 e 1990.

2. I fondi di cui al comma 1 sono destinati, entro il limite massimo del 3 per cento, alla stipula delle convenzioni di cui al comma 6. Il fondo residuo è destinato, per il primo anno, per il 50 per cento ai progetti finalizzati di cui all'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 1° febbraio 1986, n. 13, e per il 50 per cento ai progetti pilota di cui all'articolo 13 del suddetto decreto; per il secondo anno, è destinato per il 50 per cento ai progetti finalizzati, per il 20 per cento ai progetti sperimentali di tipo strumentale e di risultato, di cui all'articolo 12 del decreto del Presidente della Repubblica 1° febbraio 1986, n. 13, e per il 30 per cento ai progetti-pilota.

3. I progetti finalizzati ed i progetti-pilota di cui al precedente comma 1 dovranno essere realizzati nei seguenti settori e per i seguenti scopi:

- a) fisco, per conseguire tempestivi adempimenti istituzionali da parte degli uffici finanziari dello Stato;
- b) catasto, per consentire eque valutazioni dei patrimoni immobiliari e il loro aggiornamento;
- c) previdenza sociale pubblica e privata, per impedire l'evasione contributiva, nonchè per eliminare gradualmente le procedure arretrate e garantire la tempestività delle liquidazioni e delle decisioni amministrative;
- d) informatizzazione della Pubblica amministrazione, al fine di consentire integrazioni tra le diverse amministrazioni ed evitare gli sprechi;
- e) protezione civile e tutela ambientale, per raggiungere la maggiore efficienza dei mezzi e del personale;
- f) tutela e recupero del patrimonio artistico.

4. I predetti progetti dovranno contenere:

- a) un piano di spesa con l'indicazione delle disponibilità finanziarie utilizzabili, indicando distintamente le somme in conto competenza e quelle in conto residui;
- b) gli obiettivi che si intendono conseguire in termini di produttività, con dettagliate analisi sul rapporto costi-risultati e costi-attività;
- c) le caratteristiche qualitative e quantitative delle risorse umane da applicare alla gestione dei progetti, con l'indicazione, ove necessario, di un piano di formazione e aggiornamento professionali, di mobilità anche intercompartimentale e territoriale sulla base delle indicazioni fornite ai sensi del comma 3, ipotizzando attività lavorative per turni o a tempo parziale laddove fosse necessario, nonchè le modifiche procedurali essenziali ai fini del conseguimento degli obiettivi indicati;
- d) i livelli di dirigenza amministrativa e tecnica cui viene affidata la responsabilità dell'attuazione dei progetti;
- e) i criteri operativi per poter elaborare indici di valutazione idonei a rilevare l'efficienza degli apparati e dei servizi pubblici.

5. Per i progetti strumentali e di risultato, finalizzati al recupero di produttività ex articolo 12 del decreto del Presidente della Repubblica 1° febbraio 1986, n. 13, le amministrazioni interessate sono tenute ad indicare in via preventiva le economie di spesa che, attraverso i progetti, si

impegnano a realizzare. Tali economie, una volta realizzate, vengono conteggiate nell'ambito del finanziamento assegnato ai progetti medesimi.

6. Il Dipartimento della funzione pubblica, d'intesa con le amministrazioni interessate e sentiti l'Osservatorio del pubblico impiego, di cui alla legge 22 agosto 1985, n. 444, e le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative sul piano nazionale, avvalendosi anche di centri specializzati esterni pubblici o a controllo pubblico, mediante la stipulazione di apposite convenzioni, promuove, seleziona e coordina i progetti, ne controlla l'attuazione e verifica i risultati conseguiti. Alle convenzioni sovrintende un apposito comitato tecnico-scientifico, nel quale sono rappresentati il Dipartimento della funzione pubblica e l'osservatorio per il pubblico impiego, nominato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

7. La predisposizione dei progetti di cui al presente articolo dovrà comunque essere completata entro il termine di cinque mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

8. Le spese per il finanziamento dei progetti e per le convenzioni di cui ai commi precedenti sono finanziate con l'utilizzo del fondo indicato al comma 1 mediante l'iscrizione, con decreti del Ministro del tesoro, in appositi capitoli di bilancio anche di nuova istituzione.

Il Ministro del tesoro è altresì autorizzato, mediante proprio decreto, ad apportare le variazioni in diminuzione ai capitoli di spesa per i quali si siano realizzate le economie previste dal comma 5".

Nota 14

Si riporta il testo dell'articolo 2 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 121 del 28 dicembre 1993:

"Articolo 2 - Semplificazione e accelerazione dei procedimenti amministrativi.

1. Con regolamento da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, è disciplinata la materia dei progetti finalizzati all'ampliamento ed al miglioramento dei servizi, dei progetti sperimentali di tipo strumentale e per obiettivo, e dei progetti-pilota finalizzati al recupero della produttività, previsti rispettivamente dagli articoli 3, 12 e 13 del decreto del Presidente della Repubblica 1° febbraio 1986, n. 13, al cui finanziamento si provvede mediante l'apposito fondo nello stato di previsione del Ministero del tesoro, istituito dall'articolo 26 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successivamente integrato.

2. Il regolamento di cui al comma 1 disciplina le modalità di selezione dei progetti finalizzati e dei progetti-pilota, indica gli elementi essenziali dei medesimi, ne determina le procedure di esame e di approvazione, e stabilisce le modalità di determinazione dei compensi dei componenti degli organi di valutazione.

3. Il Dipartimento della funzione pubblica promuove, seleziona e coordina i progetti, ne controlla l'attuazione e verifica i risultati conseguiti. A tali fini si avvale di un apposito comitato tecnico-scientifico nominato con decreto del Ministro per la funzione pubblica. La composizione del comitato è di cinque membri, il compenso dei componenti è stabilito nel decreto e la relativa spesa fa carico agli stanziamenti di cui all'articolo 26 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni.

4. Per l'esercizio finanziario 1994 lo stanziamento di cui al capitolo 6872 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro è ridotto di lire 14 miliardi.

5. A decorrere dalla data di entrata in vigore del regolamento di cui al comma 1 del presente articolo, sono abrogati i commi 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 dell'articolo 26 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modificazioni.

6. Il comma 3 dell'articolo 10 della legge 29 dicembre 1988, n. 554, si interpreta nel senso che i progetti possono comportare o consistere nell'applicazione sperimentale e temporanea di regole o procedimenti derogatori della vigente normativa, anche in materia di contabilità generale dello Stato. L'individuazione di tali progetti è effettuata con decreto di approvazione del Presidente del Consiglio dei Ministri. Sugli atti e sui provvedimenti attuativi dell'articolo 26 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, il controllo di legittimità della Corte dei conti è esercitato in via consuntiva.

7. Entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con regolamenti governativi, emanati ai sensi dell'articolo 17, comma , della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono dettate norme di regolamentazione dei procedimenti amministrativi previsti dalle disposizioni o leggi di cui all'allegato elenco n. 4 e dei procedimenti ad essi connessi. La connessione si ha quando diversi procedimenti siano tra loro condizionati o siano tutti necessari per l'esercizio di un'attività privata o pubblica. Gli schemi di regolamento sono trasmessi alla Camera dei deputati ed al Senato della Repubblica perché su di essi sia espresso, entro trenta giorni dalla data di trasmissione, il parere delle Commissioni permanenti competenti per materia. Decorso tale termine i decreti sono emanati anche in mancanza di detto parere ed entrano in vigore centottanta giorni dopo la loro pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

8. Le norme, anche di legge, regolatrici dei procedimenti indicati al comma 7 sono abrogate con effetto dalla data di entrata in vigore dei regolamenti di cui al medesimo comma 7.

9. I regolamenti di cui al comma 7 si conformano ai seguenti criteri o principi:

a) semplificazione dei procedimenti amministrativi, in modo da ridurre il numero delle fasi procedurali, il numero delle amministrazioni intervenienti, la previsione di atti di concerto e di intesa;

b) riduzione dei termini attualmente prescritti per la conclusione del procedimento;

c) regolazione uniforme dei procedimenti dello stesso tipo, che si svolgono presso diverse amministrazioni, ovvero presso diversi uffici della medesima amministrazione, e uniformazione dei relativi tempi di conclusione;

d) riduzione del numero di procedimenti amministrativi e accorpamento dei procedimenti che si riferiscono alla medesima attività;

e) semplificazione e accelerazione delle procedure di spesa e contabili, anche mediante adozione, ed estensione alle fasi procedurali di integrazione dell'efficacia degli atti, di disposizioni analoghe a quelle di cui all'articolo 51, comma 2, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni;

f) unificazione a livello regionale, oppure provinciale su espressa delega, dei procedimenti amministrativi per il rilascio delle autorizzazioni previste dalla legislazione vigente nelle materie dell'inquinamento acustico, dell'acqua, dell'aria e dello smaltimento dei rifiuti;

g) snellimento per le piccole imprese operanti nei diversi comparti produttivi degli adempimenti amministrativi previsti dalla vigente legislazione per la tutela ambientale;

h) individuazione delle responsabilità e delle procedure di verifica e controllo;

10. L'articolo 19 della legge 7 agosto 1990, n. 241, è sostituito dal seguente:

“Articolo 19.

1. In tutti i casi in cui l'esercizio di un'attività privata sia subordinato ad autorizzazione, licenza, abilitazione, nulla-osta, permesso o altro atto di consenso comunque denominato, ad esclusione delle concessioni edilizie e delle autorizzazioni rilasciate ai sensi delle leggi 1 giugno 1939, n.

1089, 29 giugno 1939, n. 1497, e del decreto-legge 27 giugno 1985, n. 312, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 agosto 1985, n. 431, il cui rilascio dipenda esclusivamente dall'accertamento dei presupposti e dei requisiti di legge, senza l'esperimento di prove a ciò destinate che comportino valutazioni tecniche discrezionali, e non sia previsto alcun limite o contingente complessivo per il rilascio degli atti stessi, l'atto di consenso si intende sostituito da una denuncia di inizio di attività da parte dell'interessato alla pubblica amministrazione competente, attestante l'esistenza dei presupposti e dei requisiti di legge, eventualmente accompagnata dall'autocertificazione dell'esperimento di prove a ciò destinate, ove previste. In tali casi, spetta all'amministrazione competente, entro e non oltre sessanta giorni dalla denuncia, verificare d'ufficio la sussistenza dei presupposti e dei requisiti di legge richiesti e disporre, se del caso, con provvedimento motivato da notificare all'interessato entro il medesimo termine, il divieto di prosecuzione dell'attività e la rimozione dei suoi effetti, salvo che, ove ciò sia possibile, l'interessato provveda a conformare alla normativa vigente detta attività ed i suoi effetti entro il termine prefissatogli dall'amministrazione stessa".

11. Con il regolamento governativo, da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, sono determinati i casi in cui la disposizione del comma 10 non si applica, in quanto il rilascio dell'autorizzazione, licenza, abilitazione, nulla-osta, permesso o altro atto di consenso comunque denominato, dipenda dall'esperimento di prove che comportino valutazioni tecniche discrezionali.

12. Il comma 2 dell'articolo 14 della legge 7 agosto 1990, n. 241, è sostituito dal seguente:

"2. La conferenza stessa può essere indetta anche quando l'amministrazione procedente debba acquisire intese, concerti, nulla-osta o assensi comunque denominati di altre amministrazioni pubbliche. In tal caso, le determinazioni concordate nella conferenza sostituiscono a tutti gli effetti i concerti, le intese, in nulla-osta e gli assensi richiesti".

13. Dopo il comma 2 dell'articolo 14 della legge 7 agosto 1990, n. 241, è inserito il seguente:

"2-bis. Qualora nella conferenza sia prevista l'unanimità per la decisione e questa non venga raggiunta, le relative determinazioni possono essere assunte dal Presidente del Consiglio dei Ministri, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri. Tali determinazioni hanno il medesimo effetto giuridico dell'approvazione all'unanimità in sede di conferenza dei servizi".

14. In caso di opere e lavori pubblici di interesse nazionale, da eseguirsi a cura di concessionari di lavori e servizi pubblici nonchè di amministrazioni statali, ricompresi nella programmazione di settore e per i quali siano immediatamente utilizzabili i relativi finanziamenti, l'intesa di cui all'articolo 81, secondo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, qualora non sia stata perfezionata entro sessanta giorni dalla richiesta da parte dell'amministrazione statale competente, può essere acquisita nell'ambito di un'apposita conferenza di servizi convocata ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni, sia dalla medesima amministrazione sia dalla regione.

15. Gli obblighi di conservazione e di esibizione di documenti, per finalità amministrative e probatorie, previsti dalla legislazione vigente, si intendono soddisfatti anche se realizzati mediante supporto ottico purchè le procedure utilizzate siano conformi a regole tecniche dettate, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, dall'Autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione di cui al decreto legislativo 12 febbraio 1993, n. 39. Restano in ogni caso in vigore le norme di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 settembre 1963, n. 1409, relative all'ordinamento e al personale degli Archivi di Stato, nonchè le norme che regolano la conservazione dei documenti originali di interesse storico, artistico e culturale".

Nota 15

Si riporta il testo dell'articolo 10 della legge 7 agosto 1990, n. 241:

"Articolo 10

I soggetti di cui all'articolo 7 e quelli intervenuti ai sensi dell'articolo 9 hanno diritto:

- a) di prendere visione degli atti del procedimento, salvo quanto previsto dall'articolo 24;*
- b) di presentare memorie scritte e documenti, che l'amministrazione ha l'obbligo di valutare ove siano pertinenti all'oggetto del procedimento".*

- Il testo degli articoli 8 e 9 è il seguente

Articolo 8

1. L'amministrazione provvede a dare notizia dell'avvio del procedimento mediante comunicazione personale.

2. Nella comunicazione debbono essere indicati:

- a) l'amministrazione competente;*
- b) l'oggetto del procedimento promosso;*
- c) l'ufficio e la persona responsabile del procedimento;*
- d) l'ufficio in cui si può prendere visione degli atti.*

3. Qualora per il numero dei destinatari la comunicazione personale non sia possibile o risulti particolarmente gravosa, l'amministrazione provvede a rendere noti gli elementi di cui al comma 2 mediante forme di pubblicità idonee di volta in volta stabilite dall'amministrazione medesima.

4. L'omissione di taluna delle comunicazioni prescritte può essere fatta valere solo dal soggetto nel cui interesse la comunicazione è prevista.

Articolo 9

1. Qualunque soggetto, portatore di interessi pubblici o privati, nonchè i portatori di interessi diffusi costituiti in associazioni o comitati, cui possa derivare un pregiudizio dal provvedimento, hanno facoltà di intervenire nel procedimento".

Nota 16

Si riporta il testo dell'articolo 22 della legge 7 agosto 1990, n. 241:

"Articolo 22

1. Al fine di assicurare la trasparenza dell'attività amministrativa e di favorirne lo svolgimento imparziale è riconosciuto a chiunque vi abbia interesse, per la tutela di situazioni giuridicamente rilevanti, il diritto di accesso ai documenti amministrativi secondo le modalità stabilite dalla presente legge.

2. E' considerato documento amministrativo ogni rappresentazione grafica, fotocinematografica, elettromagnetica o di qualunque altra specie di contenuto di atti, anche interni, formati dalle pubbliche amministrazioni o, comunque, utilizzati ai fini dell'attività amministrativa.

3. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge le amministrazioni interessate adottano le misure organizzative idonee a garantire l'applicazione della disposizione di cui al comma 1 dandone comunicazione alla Commissione di cui all'articolo 27." (Si tratta della Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi)".

Nota 17

Si veda la nota 7.

Nota 18

Si riporta il testo dell'articolo 11 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29:

"Articolo 11 - Trasparenza delle amministrazioni pubbliche

1. L'organismo di cui all'articolo 2, comma 1, lettera mm), della legge 23 ottobre 1992, n. 241, ai fini della trasparenza e rapidità del procedimento, definisce, ai sensi dell'articolo 5, lettera b), i modelli e sistemi informativi utili all'interconnessione tra le amministrazioni pubbliche.

2. La Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica ed i comitati metropolitani, di cui all'articolo 18 del decreto-legge 24 novembre 1990, n. 344, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 gennaio 1991, n. 21, promuovono, utilizzando il personale degli uffici di cui all'articolo 12, la costituzione di servizi di accesso polifunzionale alle amministrazioni pubbliche nell'ambito dei progetti finalizzati di cui all'articolo 26 della legge 11 marzo 1988, n. 67".