

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI
(LEGGE REG.LE LAZIO 10.06.94 N.18 - DELIB.GIUNTA REG.LE LAZIO 30.06.94 N.5163)
VIALE MATTEUCCI, 9 - TEL.0746-2781
02100 - RIETI

Direttore Generale.: *Dr. Gabriele BELLINI*

Deliberazione n° 781/b.g., del 07.07.2008

STRUTTURA COMPLESSA: DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO DEL REATINO

Oggetto: Approvazione Regolamento delle Assistenze Non Sanitarie (ANS).

L'estensore
Fabiola Iacuitto

Il Responsabile del procedimento
Dott.ssa Barbara PROIETTI

Il Dirigente proponente con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Data 07-07-08

Firma *Gabriele Bellini*
IL Dirigente

Il Funzionario addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti *sfavorevoli* rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui imputare la spesa: _____

Data _____

Firma _____

Il Funzionario
Rag. LUCIANO QUATTRINI

Parere del Direttore Amministrativo

favorevole

non favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Data 7/7/08

Dr. Adalberto FESTUCCIA

Parere del Direttore Sanitario

favorevole

non favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Data 7/7/08

Dott. Carlo Maria MANCINI

Carlo Maria Mancini

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI

(LEGGE REG. LE LAZIO 10.06.94 N.18 – DELIB. GIUNTA REG. LE LAZIO 30.06.94 N.5163)

VIALE MATTEUCCI, 9 – TEL.0746-2781

02100 – RIETI

Cod. Fiscale e P. IVA 00821180577

*IL RESPONSABILE DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO DEL
REATINO*

PREMESSO che, questa Azienda intende regolamentare le assistenze non sanitarie nelle diverse tipologie richieste dai pazienti ricoverati e dai loro familiari all'interno delle strutture ospedaliere;

CHE tali assistenze possono essere effettuate a pagamento e non;

VISTA la nota circolare della Regione Lazio prot.63598 del 16 maggio 2005 avente ad oggetto "Assistenza non sanitaria integrativa (ANS)" con la quale vengono fornite indicazioni sulla base delle quali le strutture sanitarie possono redigere un apposito regolamento;

RILEVATO CHE, in ottemperanza alla succitata direttiva, è stato predisposto un regolamento che allegato alla presente forma parte integrante della medesima;

CHE il suddetto regolamento disciplina in modo dettagliato le modalità operative delle assistenze non sanitarie a pagamento e non nell'ambito dei presidi ospedalieri aziendali e ne definisce le norme comportamentali che devono essere rispettate dal personale autorizzato;

VISTO il D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il D. L.vo 286/99;

ATTESTANDONE la legittimità ed utilità per il servizio pubblico

PROPONE

- DI APPROVARE, per le motivazioni espresse in narrativa, l'allegato Regolamento delle Assistenze non Sanitarie da attuare presso le strutture ospedaliere dell'Azienda, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione (allegato 1);
- DI TRASMETTERE copia del presente regolamento alle Direzioni di Presidio per l'applicazione del medesimo;

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto:

- Che il Dirigente proponente il presente provvedimento sottoscrivendolo attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, è, nella forma e nella sostanza, assolutamente utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche;
- Che il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario hanno espresso parere positivo, con la sottoscrizione dello stesso;

DELIBERA

- Di approvare e far propria la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;
- Di dichiarare Il presente provvedimento immediatamente esecutivo non essendo sottoposto al controllo regionale, ai sensi del combinato disposto dell'art.30 della L. R. n. 18/94 e successive modificazioni ed integrazioni e degli artt.21 e 22 della L. R: 45/96.

IL DIRETTORE GENERALE
DR. GABRIELE BELLINI



La presente Deliberazione è inviata al Collegio Sindacale	La presente Deliberazione è trasmessa al Comitato di Rappresentanza della Conferenza Locale per la Sanità	La presente Deliberazione è sottoposta all'approvazione della Giunta Regionale
In data <u>9 LUG. 2008</u>	In data	In data

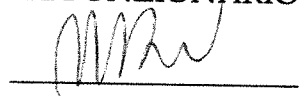
Della sujestesa Deliberazione viene iniziata la pubblicazione il9 LUG. 2008.....

Si attesta che la presente Deliberazione è divenuta esecutiva ai sensi di legge:

Ai sensi dell'art.4 l. 30.12.1991, n.412	<input type="checkbox"/> Approvazione per silenzio-assenso
	<input type="checkbox"/> Approvazione con Delib.G.R. n..... del

Rieti, li9 LUG. 2008.....

IL FUNZIONARIO



Per l'esecuzione (E) ovvero per opportuna conoscenza (C) trasmessa a:

Unità di Staff e S.C. Aree Giuriridico-Amministrativa Economico-Logistica e Tecnica		Dipartimenti e S.C. aggregate		Altre Strutture	
C.d.G.	<input type="checkbox"/>	A.D.D.M. 2-3	<input type="checkbox"/>	A.D.P.A.	<input type="checkbox"/>
R.E.S.Q.	<input type="checkbox"/>	D.E.A.	<input type="checkbox"/>	A.I.A.D.	<input type="checkbox"/>
U.L.A.	<input type="checkbox"/>	D.C.	<input type="checkbox"/>	A.I.M.B.A.	<input type="checkbox"/>
S.E.D.O.P.	<input type="checkbox"/>	D.I.S.S.T.M.I.	<input type="checkbox"/>	A.I.S.A.C.U.P.	<input type="checkbox"/>
S.P.P.A.	<input type="checkbox"/>	D.M.	<input type="checkbox"/>	A.T.M.I.	<input type="checkbox"/>
S.I.S.	<input type="checkbox"/>	D.M.O.	<input type="checkbox"/>	D.D. 1	<input type="checkbox"/>
V.C.S.	<input type="checkbox"/>	D.P.	<input type="checkbox"/>	D.D. 2	<input type="checkbox"/>
AA.GG.	<input type="checkbox"/>	D.S.O.M.S.	<input type="checkbox"/>	D.D. 3	<input type="checkbox"/>
A.B.S.	<input type="checkbox"/>	D.S.M.	<input type="checkbox"/>	D.D. 4	<input type="checkbox"/>
D.A.P.O.R.	<input checked="" type="checkbox"/>	D.S.N.	<input type="checkbox"/>	D.D. 5	<input type="checkbox"/>
D.A.T.	<input type="checkbox"/>	D.S.D.	<input type="checkbox"/>	M.L.	<input type="checkbox"/>
E.F.	<input type="checkbox"/>	I.A.N.	<input type="checkbox"/>	S.F.O.	<input type="checkbox"/>
F.A.	<input type="checkbox"/>	I.A.P.Z.	<input type="checkbox"/>	S.F.T.	<input type="checkbox"/>
PERS.	<input type="checkbox"/>	I.P.T.C.A.	<input type="checkbox"/>	S.I.T.A.	<input type="checkbox"/>
S.I.C.O.	<input type="checkbox"/>	I.S.P.	<input type="checkbox"/>	P.S.A.L.	<input type="checkbox"/>
T. P.	<input type="checkbox"/>	S.A.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
U.R.P.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Allegato 1

REGOLAMENTO DELLE ASSISTENZE NON SANITARIE (ANS) DEL P.O. S. Camillo del Lellis

1. La Direzione Medica Ospedaliera , con nota n. 3453 del 30 Agosto 2007, che si allega in copia, regolamentato gli orari di accesso dei visitatori presso le Strutture del P.O. S.Camillo de Lellis.

2. Il libero accesso ai visitatori viene quindi confermato come segue:

Antimeridiano h 12.30-14.00

Serale 19-20.30

Per tutti i giorni festivi inclusi.

Ciascuna Struttura Complessa è autorizzata ad anticipare o posticipare di 15 minuti il suddetto orario.

Il personale delegato all'attività di ANS potrà accedere ai reparti liberamente tra le 07 e le ore 21, salvo restrizioni contingenti stabilite dal Coordinatore Infermieristico del reparto , mentre per le assistenze in orario notturno dovrà presentarsi in reparto entro e non oltre le ore 22.00, consentendo in tal modo la propria identificazione e registrazione.

3. Per motivi di sicurezza igienico sanitaria le Assistenze non sanitarie non sono consentite presso i seguenti reparti,

- Rianimazione
- UTIC
- Sezione neonatologica della S.C. Pediatria
- Sezione Isolamento della S.C. Malattie Infettive

4. L'orario di chiusura notturna delle Strutture Complesse andrà dalle ore 22.00 alle ore 07.00. Durante tale orario l'accesso sarà consentito dal personale infermieristico secondo il presente regolamento. Il personale infermieristico si limiterà alle attività di verifica delle ANS eventualmente presenti e alla registrazione delle stesse, senza alcuna funzione di tipo ispettivo.

Durante tale orario il personale della Portineria collaborerà, ove necessario, alla identificazione delle ANS che si rechino in Ospedale segnalando al Reparto interessato l'arrivo della stessa.

5. Ciascun Coordinatore Infermieristico, ed il personale infermieristico in sua assenza, è tenuto a fornire ai degenti ed ai loro familiari ed amici, le istruzioni ed i fogli informativi predisposti relativi alle modalità di accesso alle Strutture Complesse.

6. L'Assistenza sanitaria alle persone ricoverate è garantita ed erogata dal personale dipendente. Qualsiasi altra forma di sostegno alle persone degenti non può in nessun caso esprimersi in azioni che rientrino negli adempimenti contrattualmente previsti per le professionalità in servizio.

7. Le persone che svolgono ANS (a pagamento e non) hanno esclusivamente funzioni di sostegno, compagnia e sorveglianza del paziente, senza interferire nelle mansioni del personale dipendente, né sostituirsi ad esso. Per qualsiasi esigenza del paziente che esuli dalle funzioni sopra citate, deve essere richiesto l'intervento del personale sanitario di reparto.

8. La presenza dei familiari o di persone che svolgano ANS (a pagamento e non), dovrà essere autorizzata dal Coordinatore Infermieristico o, in sua assenza, dal personale infermieristico di reparto, i quali consegneranno a tali persone gli appositi cartellini per l'accesso .

9. I cartellini rilasciati saranno di colore giallo recanti la scritta ANS.

10. Presso il Servizio Sociale (dipendente dalla DMO) è istituito l'elenco delle persone autorizzate a pre: ANS a pagamento e l'elenco nominativo dei volontari appartenenti ad associazioni di volontariato autorizzate alla attività di ANS.

L'inserimento negli elenchi è subordinato alla presentazione della domanda di iscrizione entro il 10 Gennaio il 10 Luglio, con allegata la seguente documentazione:

- Domanda di inserimento in elenco;
- Fotografia formato tessera
- Certificato di idoneità fisica;
- Polizza assicurativa per infortuni propri e per responsabilità civile verso terzi ;
- Certificato di attribuzione del numero di partita IV A. (con esclusione delle associazioni ONLUS)

L'iscrizione deve essere confermata ogni anno, entro le date sopra esposte.

11. L'elenco delle persone autorizzate, di cui al precedente punto, deve indicare: dati anagrafici, domicilio, recapito telefonico e tariffa richiesta. L'elenco viene aggiornato semestralmente dal Servizio Sociale e viene tenuto a disposizione presso:

- tutte le Strutture Complesse;
- all'ingresso del Presidio Ospedaliero presso la portineria
- presso la Segreteria della DMO
- presso il SITA
- presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico
- presso il Servizio Sociale

12. Le persone che svolgono ANS a pagamento, devono:

- rispettare scrupolosamente le norme igieniche del reparto;
- indossare un camice protettivo di colore non bianco ;
- essere munite di apposita autorizzazione e cartellino di riconoscimento;
- devono osservare le norme regolamentari che disciplinano il servizio del personale ospedaliero;
- devono essere di sostegno al degente e non devono interferire o intralciare l'operatività del personale del reparto;
- possono assistere contemporanea mente più persone se degenti nella medesima stanza e se autorizzati per iscritto dai familiari e/o dai degenti interessati;
- devono mantenere la segretezza e la riservatezza delle informazioni sanitarie relative ai degenti;
- emettere idonea documentazione fiscale (fattura e/o ricevuta).

Le persone autorizzate non devono:

- fare opera di propaganda della loro attività all'interno dei presidi dell 'Azienda;
- accedere a stanze diverse da quelle delle persone assistite;
- disporre personalmente dell'uso della biancheria o di altro materiale ospedaliero;
- praticare manovre sanitarie medico infermieristiche;
- vicariare i compiti le funzioni e le mansioni del personale infermieristico della struttura ospedaliera.

13. Le persone che svolgono Assistenza Non Sanitaria in modo gratuito sono tenute al rispetto di tutte le norme previste al comma precedente fatta eccezione per gli aspetti fiscali ; un camice monouso verrà loro fornito dal personale infermieristico di Reparto.

14. Per ogni degente può essere autorizzata al massimo una persona che esercita assistenza.

15. Le funzioni ispettive vengono espletate dal un nucleo operativo costituito dal personale medico del DMO, dal personale infermieristico del SITA e dal personale afferente al Servizio Vigilanza dell'Azienda. Tale personale, nell'espletamento delle funzioni di vigilanza, è abilitato, in qualità di incaricato di pubblico servizio, a verificare, ove necessario l'identità personale delle persone presenti in Reparto.

16. La mancata osservanza del presente Regolamento da parte delle persone autorizzate alla ANS, dà luogo su decisione motivata del Direttore Medico del Presidio, alla temporanea o permanente esclusione delle persone autorizzate dagli elenchi.

17. Al personale dipendente è fatto divieto di interferire nel rapporto di esclusiva natura privatistica che intercorre tra il ricoverato o i suoi familiari e coloro che svolgono attività ANS a Pagamento. **Il personale dipendente non deve influenzare la scelta delle persone, né effettuare opera di intermediazione. Eventuali comportamenti in difformità del presente regolamento danno luogo a sanzioni disciplinari.**

18. Il rispetto del presente regolamento e la sorveglianza generale sulla loro applicazione, sono affidati ai Responsabili delle Strutture Complesse, ai Coordinatori Infermieristici e al nucleo ispettivo di cui al punto 11. Il controllo relativo al rapporto economico tra le parti (familiari e persone autorizzate all'attività di ANS a Pagamento) e gli accertamenti sugli adempimenti fiscali, previdenziali o quanto altro disciplinati da Leggi dello Stato, non rientrano nella sorveglianza suddetta

Definizione delle competenze:

il Servizio Sociale

- raccoglie le domande di inserimento nell'elenco delle persone disponibili per attività di ANS privata a pagamento;
- redige, custodisce e aggiorna gli elenchi delle persone in possesso dei requisiti;
- raccoglie mensilmente i moduli inviati dai Coordinatori Infermieristici;
- verifica la corretta compilazione della modulistica suddetta;

la Segreteria della DMO

- invia l'elenco alle Strutture Complesse, al Responsabile DAPOR, al SITA, all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, alla Portineria del Presidio Ospedaliero.

Il Personale di Coordinamento Infermieristico nelle unità di degenza

- supervisiona la corretta applicazione del regolamento;
- segnala al SITA eventuali irregolarità riscontrate;
- si occupa dell'approvvigionamento dei cartellini e dei moduli di registrazione delle assistenze notturne;
- invia mensilmente al Servizio Sociale i moduli compilati contenenti i nomi delle assistenze autorizzate.

Il Personale Infermieristico operante negli orari notturni:

- distribuisce il cartellino di ricovero alle persone autorizzate a rimanere all'interno del reparto negli orari consentiti;
- fa firmare gli appositi moduli alle persone presenti negli orari notturni .

Il SITA:

- partecipa ai controlli periodici al fine di verificare la corretta applicazione del regolamento.

Il DAPOR

- svolge la funzione di raccordo tra la Portineria e il Servizio di Vigilanza Aziendale.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico

- collabora nella divulgazione del regolamento e favorisce l'informazione ai familiari.

La Direzione Acquisto Beni e Servizi:

- Si occupa dell'approvvigionamento dei cartellini e dei moduli di registrazione delle presenze notturne.

Nota finale:

Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento si rimanda alla Circolare Regione Lazio n.63598 del 06 Maggio 2005.

Allegati n. 5

1. Disposizione DMO n. 3453 del 30 Agosto 2007
2. Modulo di registrazione delle ANS notturne
3. Scheda di iscrizione alla ANS a pagamento
4. Scheda di iscrizione alla ANS per il volontariato
5. Circolare Regione Lazio n. 63598 del 05 Maggio 2005.

ALLEGATO 1

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
RIETI**

Viale Matteucci 9 - 02100 RIETI
Centralino 0746/2781
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

Prot n° 3453

Struttura : P.O. " San Camillo de Lellis "
Direzione Medica P.O. di Rieti : Direttore Dott. P. Manzi
tel 0746/278221 fax 0746/278440
e-mail p.manzi@asl.rieti.it

30 AGO. 2007

Ai Direttori delle Strutture Complesse
Ai Coordinatori Infermieristici

p.c. Al Responsabile
Ufficio Relazioni con il Pubblico
p.c. Al Responsabile Relazioni Esterne
p.c. Al Direttore Sanitario
p.c. Al Responsabile DAPOR
p.c. Al Responsabile SITA
p.c. Ai Dirigenti DMO

Oggetto : Orario di accesso ai visitatori ai reparti di degenza

In relazione ad alcune segnalazioni pervenute a questa DMO, si ritiene opportuno ricordare, come già stabilito con nota DMO n. 61 del 11 gennaio 2006, dopo apposita ricognizione, che l'orario di accesso consentito ai visitatori ai reparti di degenza è il seguente:

Antimeridiano h 12.30 - 14.00
Serale h 19.00 - 20.30

Fanno eccezione a questo orario le due Terapie Intensive di questo Ospedale :

Rianimazione h 14-15
UTIC h 12.30- 13.30 // 19.00 -19.30.

E l'Hospice: accesso 8-20 ; tra le ore 20 e le ore 08 saranno ammesse solo le assistenze autorizzate dal Responsabile della Struttura.
Gli orari sopra indicati dovranno essere opportunamente indicati e ed evidenziati all'esterno delle porte di accesso alle singole strutture di degenza.
Con la presente si ricorda che è opportuno evitare l'ingresso di bambini al di sotto dei dodici anni in Ospedale, salvo precisa autorizzazione del Direttore della Struttura di degenza.
Quanto sopra onde consentire il normale svolgimento delle attività assistenziali, nel rispetto del maggior bisogno di quiete e di riservatezza dei pazienti ricoverati in Ospedale.
Al fine di rendere pubblica la seguente organizzazione si chiede al Responsabile dell'URP, che legge per conoscenza di voler inserire il seguente orario nell'ambito della Carta dei Servizi.
Il Responsabile DAPOR, che legge per conoscenza vorrà comunicare tale disposizione alla Portineria, nonché al Servizio Vigilanza, che potrà essere chiamato ad intervenire in caso persistenza dei visitatori al di fuori degli orari consentiti.

Il Direttore Medico P.O. RIETI
Dott. Pietro Manzi

**AZIENDA USL - RIETI
OSPEDALE "SAN CAMILLO DE LELLIS"**

U.O. _____

DATA _____

Persone autorizzate a svolgere attività di ANS Non a pagamento

Cognome e Nome (in
stampatello)

Paziente assistito

Firma

Cognome e Nome (in stampatello)	Paziente assistito	Firma

Persone autorizzate a svolgere attività di ANS a pagamento

Cognome e Nome (in
stampatello)

Paziente assistito

Firma

Cognome e Nome (in stampatello)	Paziente assistito	Firma

Turno notturno 22.00/7.00

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
RIETI**

Viale Matteucci 9 - 02100 RIETI

Centralino 0746 / 2781

Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

Allegato 3

N.

**SCHEDA DI ISCRIZIONE : ELENCO DELLE PERSONE AUTORIZZATE ALLA ATTIVITA' DI
ATTIVITA' NON SANITARIA a pagamento**

ALLA DIREZIONE MEDICA OSPEDALI ERA - Servizio Sociale

Il sottoscritto/a

Nato/a a

il

Residente a

Via

Tel.

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco delle persone autorizzate all'Attività di ANS a pagamento di codesta Azienda.
A tale scopo, il sottoscritto dichiara di approvare il Regolamento Aziendale della ANS e di applicare la
seguente tariffa oraria lorda:

In fede.

Firma

Allega:

certificato di idoneità fisica, copia della polizza assicurativa, certificato di attribuzione di partita IVA, una
foto formato tessera.

Data

**SPAZIO RISERVATO AL Servizio Sociale
Documento di identità**

n°

Note:

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
RIETI**

Viale Matteucci 9 - 02100 RIETI

Centralino 0746 / 2781

Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

Allegato 4

N.

**SCHEDA DI ISCRIZIONE : ELENCO DELLE PERSONE AUTORIZZATE ALLA ATTIVITA' I
ATTIVITA' NON SANITARIA per volontari**

ALLA DIREZIONE MEDICA OSPEDALI ERA - Servizio Sociale

Il sottoscritto/a

Nato/a a

Residente a

Tel.

il

Via

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco delle persone autorizzate alla ANS per associazioni di volontariato di codesta Azienda.

A tale scopo, il sottoscritto dichiara di approvare il Regolamento Aziendale della ANS:

In fede.

Firma

Allega:

certificato di idoneità fisica, copia della polizza assicurativa, una foto formato tessera.

Data

**SPAZIO RISERVATO AL Servizio Sociale
Documento di identità**

n°

Note: