



## **Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 125 del 10/08/2011**

REGOLAMENTO REGIONALE 4 agosto 2011, n.20

Regolamento regionale di modifiche al Regolamento regionale 4 novembre 2010, n. 16.

### **IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Visto l'art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla legge costituzionale 22 novembre 1999 n. 1, nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta Regionale l'emanazione dei regolamenti regionali;

Visto lo Statuto della Regione Puglia (L.R. 12 maggio 2004, n. 7) ed, in particolare, gli artt. 42, comma 2, lett. c e 44, comma 2;

Vista la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 ed, in particolare, l'art. 26;

Visto il Regolamento Regionale 04 novembre 2010, n. 16

Vista la Delibera di Giunta Regionale n. 1752 del 02 agosto 2011;

**EMANA**

Il seguente Regolamento:

**Art. 1**

Modifiche all'Art. 2:

**“SOGGETTI CHE POSSONO ACCEDERE ALLA RIABILITAZIONE DOMICILIARE”**

1. All'Art. 2, lettera a) dopo la parola “raggiungere” si aggiungono le parole “o mantenere”.

**Art. 2**

Modifiche all'Art. 3:

**“TIPOLOGIE DELLE DISABILITÀ”**

1. Si sostituisce l'intero articolo 3 con il seguente:

“Le disabilità trattate nei soggetti con le caratteristiche citate nell’articolo precedente sono le seguenti:

- a) Pazienti con patologie di anca, femore e ginocchio trattati chirurgicamente che, per condizioni cliniche, non possono accedere al trattamento ambulatoriale;
- b) Pazienti con esiti di ictus cerebrale e residuale emiparesi nelle fasi di immediata post acuzie e nei casi con gravi esiti invalidanti;
- c) Pazienti affetti da gravi patologie di apparato e politraumatizzati che, per condizioni cliniche, non possono accedere al trattamento ambulatoriale;
- d) Pazienti affetti da malattie degenerative progressive del sistema nervoso centrale e periferico, neuromuscolari in fase di avanzata evoluzione che non possono essere trattati in ambulatorio;
- e) Pazienti affetti da mielolesioni e cerebrolesioni genetiche e acquisite;
- f) Pazienti in coma vegetativo e stato di minima coscienza.”

#### Art.3

Modifiche all’Art. 6:

#### “ATTIVAZIONE DELLA PRESA IN CARICO”

1. All’Art. 6, primo capoverso, terzo punto, dopo le parole “dal MMG” si aggiungono le parole “o dal PLS”.
2. All’Art. 6, ultimo capoverso, dopo le parole “il MMG” si aggiungono le parole “o il PLS”.
3. All’Art. 6, ultimo capoverso, dopo le parole “il MMG deve inviare una richiesta di intervento riabilitativo al distretto socio-sanitario di residenza del paziente con l’indicazione della diagnosi per l’attivazione” si sostituiscono le parole “dell’Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M)” con le seguenti parole “della valutazione sanitaria multidisciplinare”.

#### Art.4

Modifiche all’Art. 7:

#### “COMPITI DELL’UVM DEL DISTRETTO DI RESIDENZA”

1. All’Art. 7 si sostituisce il titolo dello stesso con  
Art. 7 – COMPITI DEL DISTRETTO DI RESIDENZA
2. All’Art. 7, dopo il nuovo titolo, si aggiungono come primo capoverso le parole:
  - Per l’erogazione delle prestazioni di cui al presente regolamento, il DSS attiva la valutazione sanitaria multidisciplinare
3. All’Art. 7, al primo capoverso, che ora diventa il secondo, si sostituiscono le parole “l’UVM” con le parole “la valutazione sanitaria multidisciplinare”.
4. All’ Art.7, si sostituisce tutto il secondo capoverso, che ora diventa il terzo, con il seguente:
  - Nel caso di attivazione del MMG o del PLS:  
„ il DSS attiva la valutazione sanitaria multidisciplinare per valutare il caso e redigere il programma riabilitativo, anche attraverso la riabilitazione domiciliare, entro 7 giorni dal ricevimento della richiesta. Il

responsabile della valutazione sanitaria multidisciplinare invia il piano riabilitativo al DSS che organizza la presa in carico del paziente.

#### Art. 5

Modifiche all'Art.8:

#### “MODALITA' DI ATTUAZIONE DEL SERVIZIO”

1. All'Art. 8 si sostituisce il primo capoverso con il seguente:

“La riabilitazione domiciliare prevede le seguenti attività:

- a) valutazione sanitaria multidisciplinare;
- b) stesura del piano riabilitativo domiciliare da parte del responsabile della valutazione sanitaria multidisciplinare o presa d'atto del programma riabilitativo redatto dall' équipe medica ospedaliera o di struttura residenziale riabilitativa territoriale;
- c) esecuzione del programma riabilitativo: di norma il numero di accessi per le prestazioni di riabilitazione domiciliare non può superare i 24 accessi (1 ciclo), fatto salvo quanto specificato nel successivo punto d) del presente articolo;
- d) per i pazienti di cui ai punti d), e), f) del precedente art. 3 che necessitino di vari cicli di riabilitazione domiciliare, il responsabile della valutazione sanitaria multidisciplinare, in fase di valutazione o di presa d'atto del programma riabilitativo redatto dall' équipe medica ospedaliera o di struttura residenziale riabilitativa territoriale, autorizza il numero di cicli di prestazioni previsti dallo stesso;
- e) programmazione, ove necessario, di un ulteriore ciclo riabilitativo, in particolare nei casi di cui ai punti a), b) e c) del precedente articolo 3;
- f) alla fine del ciclo o dei cicli autorizzati, laddove non è possibile il trasferimento dal setting assistenziale domiciliare a quello ambulatoriale, la struttura che esegue il programma riabilitativo, al fine di evitare l'interruzione della cura, chiede al DSS la proroga entro i 7 giorni precedenti;
- g) valutazione di fine cura da parte del responsabile della valutazione sanitaria multidisciplinare ovvero da parte del responsabile sanitario della struttura erogante;
- h) programmazione, ove necessario, di altra tipologia di setting assistenziale nell'ambito del PAI.”

2. All'Art. 8, ultimo capoverso, si sostituiscono le parole “La cartella clinica domiciliare viene consegnata, quindi, al DSS per l'archiviazione.” con le parole “La struttura erogante consegna, a fine cura, la cartella clinica domiciliare al DSS e ne conserva una copia per l'archiviazione.”

#### Art.6

Modifiche all'Art. 9:

#### “REQUISITI ORGANIZZATIVI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA RIABILITATIVA DOMICILIARE”

1. All'Art. 9, si sostituisce il secondo capoverso con il seguente:

“Per n. 25 prestazioni riabilitative domiciliari giornaliere si richiede la presenza di:

- N. 1 Medico specialista in Medicina fisica e riabilitazione o Medico con specializzazione affine per 13 ore settimanali (Profilo professionale Aiuto Dirigente del Contratto Nazionale AIOP – ARIS);
- N. 7 Fisioterapisti per 36 ore settimanali o in alternativa un numero di fisioterapisti tale da assicurare un equivalente monte orario settimanale con un minimo di 12 ore ciascuno, assunti a tempo

indeterminato.”

2. All'Art. 9, si aggiungono dopo il secondo capoverso le seguenti parole:

“Per ogni 3 moduli di prestazioni di riabilitazione domiciliare (n. 75 prestazioni) deve essere garantita la presenza di n. 1 Logopedista per 36 ore settimanali assunto a tempo indeterminato. Pertanto, per n. 75 prestazioni riabilitative domiciliari giornaliere si richiede la presenza di:

- Medico specialista in Medicina fisica e riabilitazione o Medico con specializzazione affine per 39 ore settimanali (Profilo professionale Aiuto Dirigente del Contratto Nazionale AIOP – ARIS);
- N. 20 Fisioterapisti per 36 ore settimanali assunti a tempo indeterminato;
- N. 1 Logopedista per 36 ore settimanali assunti a tempo indeterminato.

Se presso ogni struttura ambulatoriale o residenziale sono previsti meno di tre moduli di riabilitazione domiciliare deve comunque essere garantita la presenza di un logopedista per ciascun modulo per non meno di 12 ore settimanali.”

3. All'Art. 9, si sostituisce l'ultimo capoverso, con il seguente:

“Al fine di garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo attraverso diversi setting assistenziali, così come previsto dalle linee guida ministeriali del 1998 prima e dal 2011 dal piano d'indirizzo per la riabilitazione, per le prestazioni domiciliari, essendo queste ultime una estensione di quelle residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali, le strutture di cui al primo capoverso del presente articolo presentano istanza al Direttore generale della ASL territorialmente competente autocertificando il possesso degli ulteriori requisiti organizzativi, come previsto dallo standard minimo del presente regolamento. Il Direttore generale, prima dell'eventuale sottoscrizione dell'accordo contrattuale, provvederà all'accertamento di tali ulteriori requisiti organizzativi per il tramite del Dipartimento di Prevenzione, trasmettendo gli esiti della verifica al competente Servizio Accreditamento Programmazione Sanitaria dell'Assessorato alle Politiche della Salute per la ratifica dell'accreditamento delle attività di cui trattasi.”

Il presente Regolamento è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'art. 53 comma 1 della L.R.12/05/2004, n.7 “Statuto della Regione Puglia”.E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione Puglia.

Dato a Bari, addì 4 agosto 2011

VENDOLA

TESTO UNIFICATO

Regolamento Regionale dell' Assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi ex art. 26 della l. n. 833/78

Art. 1

Finalità

La riabilitazione domiciliare si pone l'obiettivo di potenziare le risorse della riabilitazione territoriale e di creare una rete che sia efficace ed adeguata alle esigenze della popolazione. Attraverso la riabilitazione domiciliare si offre un trattamento che può esaurirsi direttamente a domicilio o rappresentare una fase transitoria in cui vengono attivate tutte le azioni che permettano di continuare il trattamento in ambulatorio. Tale modello di assistenza consente al paziente di rimanere a casa, nel proprio ambito familiare e relazionale, potendo ugualmente usufruire dell'assistenza di cui ha bisogno per migliorare il decorso riabilitativo.

## Art. 2

### Soggetti che possono accedere alla riabilitazione domiciliare

Possono accedere alla riabilitazione domiciliare i cittadini che presentano contemporaneamente le seguenti caratteristiche:

- a) Soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, impossibilitati ad essere trasportati presso gli ambulatori o per i quali occorre raggiungere o mantenere obiettivi relativi all'autonomia nel proprio ambito di vita;
- b) Adeguato supporto familiare o informale;
- c) Idonee condizioni abitative;
- d) Consenso informato da parte della persona e della famiglia.

## Art. 3

### Tipologie delle disabilità

Le disabilità trattate nei soggetti con le caratteristiche citate nell'articolo precedente sono le seguenti:

- a) Pazienti con patologie di anca, femore e ginocchio trattati chirurgicamente che, per condizioni cliniche, non possono accedere al trattamento ambulatoriale;
- b) Pazienti con esiti di ictus cerebrale e residuale emiparesi nelle fasi di immediata post acuzie e nei casi con gravi esiti invalidanti;
- c) Pazienti affetti da gravi patologie di apparato e politraumatizzati che, per condizioni cliniche, non possono accedere al trattamento ambulatoriale;
- d) Pazienti affetti da malattie degenerative progressive del sistema nervoso centrale e periferico, neuromuscolari in fase di avanzata evoluzione che non possono essere trattati in ambulatorio;
- e) Pazienti affetti da mielolesioni e cerebrolesioni genetiche e acquisite;
- f) Pazienti in coma vegetativo e stato di minima coscienza.

## Art. 4

### Obiettivi

La riabilitazione domiciliare ha l'obiettivo:

- di permettere il completamento del programma riabilitativo ai pazienti che non possono accedere al trattamento ambulatoriale;
- di evitare i ricoveri e i trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale inappropriati;
- di fare in modo che il paziente, soprattutto i soggetti fragili, possa rimanere nel proprio ambito familiare, usufruendo ugualmente dell'assistenza di cui ha bisogno.

## Art. 5

### Organizzazione

La riabilitazione domiciliare fa capo al sistema organizzativo dei Distretti socio-sanitari (DSS) e si integra nella rete dei servizi riabilitativi territoriali.

Le prestazioni di riabilitazione domiciliare sono effettuate dai presidi ambulatoriali di recupero e riabilitazione funzionale delle ASL. Ove detti Servizi non siano in grado di sostenere il fabbisogno

riabilitativo aziendale, le prestazioni di riabilitazione domiciliare possono essere effettuate, a seguito di accordo contrattuale, prioritariamente da strutture private di riabilitazione insistenti nel territorio aziendale, e successivamente da quelle insistenti nel territorio regionale, provvisoriamente ed istituzionalmente accreditate per l'erogazione di prestazioni riabilitative ex art. 26 legge n. 833/78, che si dotino di personale adeguato a tale attività previsto dal successivo art. 9, per l'autorizzazione e l'accreditamento in relazione ai requisiti organizzativi dei moduli dedicati all'erogazione delle prestazioni riabilitative domiciliari. L'accordo contrattuale definisce il volume e le tipologie dell'attività in relazione a quanto stabilito dalle disposizioni regionali.

## Art. 6

### Attivazione della presa in carico

La riabilitazione domiciliare viene richiesta:

- da unità operative ospedaliere per acuti e riabilitative, comprese quelle di lungodegenza, a seguito di dimissione protetta;
- da strutture residenziali territoriali (RSA e strutture di riabilitazione);
- dal MMG o dal PLS per insorgenza di patologie o condizioni che creano disabilità o peggiorano una disabilità preesistente.

L'attivazione del servizio di riabilitazione domiciliare richiede la segnalazione del caso al DSS di residenza del paziente, che avviene con le seguenti modalità:

- per i soggetti in dimissione dall'ospedale:  
l'équipe medica dell'unità operativa, direttamente o per il tramite della Direzione sanitaria, contatta il DSS di residenza del paziente per organizzare l'attivazione della riabilitazione domiciliare. Il programma riabilitativo deve essere redatto dall'équipe medica, allegato alla lettera di dimissione e inviato per fax al distretto 72 ore prima della dimissione in modo da consentire la presa in carico territoriale;
- per i soggetti in dimissione da strutture residenziali territoriali:  
l'équipe medica, che ha in carico il paziente, contatta il DSS di residenza del paziente per organizzare l'attivazione della riabilitazione domiciliare. Il programma riabilitativo deve essere redatto dall'équipe medica, allegato alla lettera di dimissione e inviato per fax al distretto 72 ore prima della dimissione, in modo da consentire la presa in carico territoriale;
- nel caso in cui la richiesta di riabilitazione domiciliare sia proposta dal MMG:  
il MMG o il PLS deve inviare una richiesta di intervento riabilitativo al distretto socio-sanitario di residenza del paziente con l'indicazione della diagnosi per l'attivazione della valutazione sanitaria multidisciplinare.

## Art. 7

### Compiti del distretto di residenza

- Per l'erogazione delle prestazioni di cui al presente regolamento, il DSS attiva la valutazione sanitaria multidisciplinare;
- In caso di dimissione protetta e di attivazione di riabilitazione domiciliare per paziente dimesso da struttura residenziale territoriale:

„ il DSS attiva la valutazione sanitaria multidisciplinare per la valutazione del caso, per i controlli periodici e per redigere, ove necessario, un nuovo programma riabilitativo ultimato il primo programma terapeutico;

• Nel caso di attivazione del MMG o del PLS:

„ il DSS attiva la valutazione sanitaria multidisciplinare per valutare il caso e redigere il programma riabilitativo, anche attraverso la riabilitazione domiciliare, entro 7 giorni dal ricevimento della richiesta. Il responsabile della valutazione sanitaria multidisciplinare invia il piano riabilitativo al DSS che organizza la presa in carico del paziente.

## Art. 8

### Modalità di attuazione del servizio

La riabilitazione domiciliare prevede le seguenti attività:

- a) valutazione sanitaria multidisciplinare;
- b) stesura del piano riabilitativo domiciliare da parte del responsabile della valutazione sanitaria multidisciplinare o presa d'atto del programma riabilitativo redatto dall' équipe medica ospedaliera o di struttura residenziale riabilitativa territoriale;
- c) esecuzione del programma riabilitativo: di norma il numero di accessi per le prestazioni di riabilitazione domiciliare non può superare i 24 accessi (1 ciclo), fatto salvo quanto specificato nel successivo punto d) del presente articolo;
- d) per i pazienti di cui ai punti d), e), f) del precedente art. 3 che necessitino di vari cicli di riabilitazione domiciliare, il responsabile della valutazione sanitaria multidisciplinare, in fase di valutazione o di presa d'atto del programma riabilitativo redatto dall' équipe medica ospedaliera o di struttura residenziale riabilitativa territoriale, autorizza il numero di cicli di prestazioni previsti dallo stesso;
- e) programmazione, ove necessario, di un ulteriore ciclo riabilitativo, in particolare nei casi di cui ai punti a), b) e c) del precedente articolo 3;
- f) alla fine del ciclo o dei cicli autorizzati, laddove non è possibile il trasferimento dal setting assistenziale domiciliare a quello ambulatoriale, la struttura che esegue il programma riabilitativo, al fine di evitare l'interruzione della cura, chiede al DSS la proroga entro i 7 giorni precedenti;
- g) valutazione di fine cura da parte del responsabile della valutazione sanitaria multidisciplinare ovvero da parte del responsabile sanitario della struttura erogante;
- h) programmazione, ove necessario, di altra tipologia di setting assistenziale nell'ambito del PAI.

In caso di valutazione effettuata a domicilio è indispensabile la presenza di almeno un familiare del paziente.

Custodita presso il domicilio del paziente a cura della struttura erogante, deve essere aperta la cartella clinica domiciliare dove registrare formalmente la descrizione degli aspetti clinici e gli accessi controfirmati dagli operatori impegnati nel piano. Al termine del ciclo di riabilitazione, il fisiatra effettua e descrive la valutazione degli esiti. La struttura erogante consegna, a fine cura, la cartella clinica domiciliare al DSS e ne conserva una copia per l'archiviazione.

## Art. 9

### Requisiti organizzativi per l'erogazione di prestazioni di assistenza riabilitativa domiciliare

I presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale ed i presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, pubblici e privati, di cui al comma 1 lett. a) punto 1.2.1 dell'art.5 della legge regionale n. 8/2004 e s.m.i., provvisoriamente e istituzionalmente accreditati per l'erogazione delle prestazioni riabilitative ex art. 26 legge n. 833/78, fermo restando i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal R.R. 3/05 e s.m.i, devono possedere i seguenti ulteriori requisiti organizzativi per l'erogazione delle prestazioni di riabilitazione domiciliare.

Per n. 25 prestazioni riabilitative domiciliari giornaliere si richiede la presenza di:

- N. 1 Medico specialista in Medicina fisica e riabilitazione o Medico con specializzazione affine per 13 ore settimanali (Profilo professionale Aiuto Dirigente del Contratto Nazionale AIOP – ARIS);
- N. 7 Fisioterapisti per 36 ore settimanali o in alternativa un numero di fisioterapisti tale da assicurare un equivalente monte orario settimanale con un minimo di 12 ore ciascuno, assunti a tempo indeterminato;

Per ogni 3 moduli di prestazioni di riabilitazione domiciliare (n. 75 prestazioni) deve essere garantita la presenza di n. 1 Logopedista per 36 ore settimanali assunto a tempo indeterminato. Pertanto, per n. 75 prestazioni riabilitative domiciliari giornaliere si richiede la presenza di:

- Medico specialista in Medicina fisica e riabilitazione o Medico con specializzazione affine per 39 ore settimanali (Profilo professionale Aiuto Dirigente del Contratto Nazionale AIOP – ARIS);
- N. 20 Fisioterapisti per 36 ore settimanali assunti a tempo indeterminato;
- N. 1 Logopedista per 36 ore settimanali assunti a tempo indeterminato.

Se presso ogni struttura ambulatoriale o residenziale sono previsti meno di tre moduli di riabilitazione domiciliare deve comunque essere garantita la presenza di un logopedista per ciascun modulo per non meno di 12 ore settimanali.

Il personale assunto per l'erogazione delle prestazioni riabilitative domiciliari, dipende funzionalmente dal Direttore Sanitario della struttura accreditata per tale attività.

Ogni prestazione domiciliare del Medico specialista in Medicina fisica e riabilitazione o del Medico con specializzazione affine deve durare non meno di 20 minuti.

Ogni prestazione riabilitativa domiciliare effettuata dal fisioterapista deve durare non meno di 45 minuti.

Il numero annuo massimo delle prestazioni riabilitative domiciliari per una struttura che eroga 25 prestazioni giornaliere è il seguente:

25 prestaz. giornaliere x 312 giorni lavorativi annui (escluse le domeniche) = 7.800 prestazioni di riabilitazione domiciliare all'anno.

Il Medico specialista in Medicina fisica e riabilitativa o del Medico con specializzazione affine deve garantire 13 accessi domiciliari a settimana per un numero massimo di 56 accessi mensili.

Tale standard di prestazioni è considerata soglia minima di efficienza per accedere al sistema di accreditamento. Qualora l'Azienda sanitaria locale in relazione al fabbisogno territoriale determinato, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, debba contrattualizzare con la singola struttura un numero di prestazioni superiore alla soglia minima d'efficienza sopra richiamata, i requisiti organizzativi della struttura erogatrice devono essere proporzionalmente adeguati.

Al fine di garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo attraverso diversi setting assistenziali, così come previsto dalle linee guida ministeriali del 1998 prima e dal 2011 dal piano d'indirizzo per la riabilitazione, per le prestazioni domiciliari, essendo queste ultime una estensione di quelle residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali, le strutture di cui al primo capoverso del presente articolo presentano istanza al Direttore generale della ASL territorialmente competente autocertificando il possesso degli ulteriori requisiti organizzativi, come previsto dallo standard minimo del presente



regolamento. Il Direttore generale, prima dell'eventuale sottoscrizione dell'accordo contrattuale, provvederà all'accertamento di tali ulteriori requisiti organizzativi per il tramite del Dipartimento di Prevenzione, trasmettendo gli esiti della verifica al competente Servizio Accreditamento Programmazione Sanitaria dell'Assessorato alle Politiche della Salute per la ratifica dell'accREDITAMENTO delle attività di cui trattasi.