



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 56 del 22/04/2015

REGOLAMENTO REGIONALE 16 aprile 2015, n. 12

Regolamento regionale “Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste: fabbisogno, autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all’esercizio, accreditamento, requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici”

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 l’art. 42, comma 2, lett. c) L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto della Regione Puglia”;

Visto l’art. 44, comma 1, L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto della Regione Puglia”;

Vista la Delibera di Giunta Regionale n. 690 del 02/04/ 2015 di adozione del Regolamento;

EMANA

Il seguente Regolamento:

Art. 1
Finalità

Il presente Regolamento individua il fabbisogno, disciplina l’autorizzazione alla realizzazione ed all’esercizio, individua i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio, individua gli ulteriori requisiti per l’accreditamento delle strutture extraospedaliere denominate Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste (di seguito indicati come Presidi di riabilitazione funzionale), nonché i criteri di eleggibilità degli assistiti che possono accedere ai predetti Presidi.

Art. 2

Tipologie dei presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste

Si definiscono Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale le strutture che erogano prestazioni a ciclo continuativo e/o diurno che provvedono al recupero funzionale e/o al completamento del processo di recupero e/o al mantenimento-prevenzione della progressione della disabilità dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa.

I Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale sono organizzati in nuclei di tipo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare dedicati per tipologia di intensità di prestazioni e di paziente (adulto o in età evolutiva). Ciascun nucleo deve essere autorizzato all'esercizio ed accreditato secondo le modalità dettate dal presente regolamento.

Le tipologie di nuclei previsti dal presente regolamento sono:

I Presidi territoriali di Recupero e Riabilitazione possono prevedere nuclei specializzati per una o più tipologie d'intensità di cura.

L'assistenza riabilitativa per l'età evolutiva deve essere erogata in nuclei esclusivamente dedicati. Al fine dell'erogazione dei servizi di riabilitazione nei nuclei dedicati all'età evolutiva, il compimento della maggiore età non costituisce elemento discrezionale ai fini della sussistenza dei requisiti di inquadramento del paziente all'interno del modulo dedicato. La valutazione sulla possibilità di inserimento all'interno di nucleo dedicato dovrà essere condotta attraverso l'analisi complessiva delle condizioni del paziente, del percorso seguito, della risposta al progetto riabilitativo erogato e/o erogando, e di ogni altra circostanza utile.

I Presidi territoriali che erogano prestazioni di tipo intensivo devono prevedere nuclei di tipo estensivo. Nell'assistenza semiresidenziale possono essere predisposti uno o più nuclei dedicati alle prestazioni di riabilitazione estensiva e/o alle prestazioni di riabilitazione nella fase di mantenimento. Al nucleo riabilitativo per la fase di mantenimento può accedersi anche al completamento del progetto-percorso di riabilitazione estensiva.

Art. 3

Nucleo di assistenza residenziale riabilitativa intensiva

Il nucleo ospita pazienti adulti o minori che hanno superato la fase acuta della malattia, stabilizzati nelle funzioni vitali e con necessità d'intervento riabilitativo intensivo secondo il modello previsto dal presente regolamento e di supporto multiprofessionale distribuito nell'arco delle 24 ore. Il paziente deve essere in grado di offrire partecipazione attiva al programma riabilitativo e presentare un basso rischio di instabilità clinica.

In riferimento ai pazienti minori, il nucleo ospita pazienti con patologie di pertinenza prevalente della Medicina Fisica e Riabilitazione.

Alla riabilitazione intensiva si accede:

1) previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente ove non disponibile il medico specialista in riabilitazione. La valutazione del rischio di instabilità clinica deve essere effettuata dal prescrittore, il quale compila la scheda di presentazione del paziente, di cui all'allegato A al presente regolamento, in cui è inclusa la NEWS che esprime un indice di probabilità di deterioramento clinico e la CIRS (Modified Cumulative Illness Rating Scale - versione 10/2013). I dati riportati nella scheda devono essere stati rilevati non oltre le 48 ore precedenti la richiesta. La NEWS e la CIRS, benché approvate dalla comunità scientifica, sono soltanto uno strumento indicativo. Resta

ferma la responsabilità del dirigente medico nella valutazione clinica del paziente.

2) previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa di riabilitazione cod. 56 e dell'Unità Operativa di lungodegenza cod. 60.

La prescrizione dei precedenti punti 1) e 2) deve essere firmata e timbrata dal dirigente medico che la rilascia sotto la propria personale responsabilità. La prescrizione deve espressamente indicare che "il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate, necessita di n. ____ gg di trattamento riabilitativo residenziale intensivo. Il paziente richiede elevato impegno assistenziale (nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore) e non può essere avviato alla riabilitazione ambulatoriale e/o domiciliare."

Si può accedere alla riabilitazione intensiva territoriale se sussiste il bisogno riabilitativo intensivo e il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate.

In nessun caso un paziente che necessiti di riabilitazione ma che sia in condizione di potenziale alto rischio di instabilità clinica può accedere al presidio di riabilitazione extraospedaliera.

La presa in carico del paziente deve essere comunicata dalla struttura, entro 5 giorni lavorativi, alla Unità Operativa territoriale del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa (DIP. MFeR) della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla Unità Operativa (U.O.) territoriale del DIP. MFeR di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente l'avvenuta presa in carico. Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe).

La durata del trattamento riabilitativo residenziale intensivo è pari ai valori soglia per la riabilitazione ospedaliera (disciplina cod. 56) (riabilitazione neurologica 60 giorni; riabilitazione ortopedica 40 giorni; 30 giorni tutti gli altri casi). Al termine del percorso di trattamento riabilitativo intensivo, persistendo il bisogno del paziente di assistenza, questi sarà trasferito in altro setting assistenziale appropriato nel rispetto delle procedure previste negli specifici paragrafi del presente regolamento o di altri regolamenti regionali.

La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo di riabilitazione intensiva deve essere preventivamente autorizzata, secondo le procedure che saranno definite con i soggetti interessati, dal DIP. MFeR della ASL nella quale insiste la struttura erogante.

A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 10 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica inderogabilmente la richiesta di proroga alla U.O. territoriale del DIP. MFeR della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP.MFeR di residenza del paziente.

Il DIP. MFeR della ASL nella quale insiste la struttura erogante provvede, anche per il tramite delle proprie UU.OO. territoriali, alle valutazioni della richiesta di prosecuzione del trattamento ed a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente e all'U.O. del DIP. MFeR di residenza del paziente.

Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga.

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

Decorsi inutilmente i termini dei 10 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata.

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

Il nucleo erogativo di assistenza residenziale intensiva per l'età adulta è costituito da 20 posti letto.

Il nucleo erogativo di assistenza residenziale intensiva per l'età evolutiva è costituito da 10 posti letto.

Art. 4

Nucleo di assistenza residenziale riabilitativa estensiva

Il nucleo ospita pazienti adulti o minori con compromissione funzionale tale da richiedere un percorso riabilitativo di recupero per paziente non gestibile al proprio domicilio né in ambulatorio per la necessità di assistenza e sorveglianza infermieristica h24. Il ricovero in tale nucleo è di durata limitata, può anche conseguire alla fase intensiva per il completamento del recupero funzionale. Al nucleo possono accedere pazienti con bisogno di recupero funzionale, qualora siano peggiorati i livelli di autonomia e delle abilità comunicativo-relazionali, provenienti dall'ambulatorio specialistico o dal domicilio su specifica autorizzazione dell' U.O. territoriale di Medicina Fisica e Riabilitazione insistente nel DSS ove ha residenza il paziente.

Il paziente è in grado di offrire partecipazione attiva al programma di riabilitazione estensiva. Il conseguimento degli obiettivi esplicitati nel Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) (oppure la constatazione per mezzo di valutazioni specialistiche e scale validate dell'impossibilità del loro raggiungimento) segna il termine di questo tipo di assistenza residenziale. Nel prosieguo, persistendo il bisogno di assistenza in regime residenziale, in assenza di margini di recupero funzionale, il paziente adulto sarà ospitato nel nucleo di mantenimento, se non avviabile al ricovero di mantenimento in strutture sociosanitarie. Resta impregiudicata la possibilità della presa in carico del paziente nei setting assistenziali ambulatoriale e domiciliare.

Si può accedere alla riabilitazione estensiva extraospedaliera se il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate. In nessun caso un paziente che necessiti di riabilitazione ma che sia in condizione di potenziale alto rischio di instabilità clinica può accedere al presidio di riabilitazione extraospedaliera.

In riferimento ai pazienti minori, il nucleo ospita pazienti con patologie di pertinenza prevalente della Medicina Fisica e Riabilitazione.

Alla riabilitazione estensiva si accede:

1) previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente ove non disponibile il medico specialista in riabilitazione. La valutazione del rischio di instabilità clinica deve essere effettuata dal prescrittore, il quale compila la scheda di presentazione del paziente, di cui all'allegato A al presente regolamento, in cui è inclusa la NEWS che esprime un indice di probabilità di deterioramento clinico e la CIRS (Modified Cumulative Illness Rating Scale - versione 10/2013). I dati riportati nella scheda devono essere stati rilevati non oltre le 48 ore precedenti la richiesta. La NEWS e la CIRS, benchè approvate dalla comunità scientifica, sono soltanto uno strumento indicativo. Resta ferma la responsabilità del dirigente medico nella valutazione clinica del paziente.

2) previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa di riabilitazione cod. 56 e dell'Unità Operativa di lungodegenza cod. 60. La prescrizione deve essere firmata e timbrata dal medico specialista che la rilascia sotto la propria personale responsabilità.

La prescrizione dei precedenti punti 1) e 2) deve espressamente indicare che "il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate, necessita di n. ____ gg di trattamento riabilitativo residenziale estensivo. Il paziente richiede elevato impegno assistenziale (nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore) e non può essere avviato alla riabilitazione ambulatoriale e/o domiciliare."

La presa in carico del paziente deve essere comunicata, entro 5 giorni lavorativi, alla U.O. territoriale del DIP. MFeR della ASL nella quale insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR di residenza del paziente.

Il DIP. MFeR potrà definire con i soggetti interessati canali di comunicazione specifici al fine di semplificare e velocizzare le procedure.

3) Con preventiva autorizzazione rilasciata dalla U.O. del DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura

erogante, su richiesta avanzata dalla struttura di riabilitazione intensiva territoriale ove, alla fine del periodo di riabilitazione intensiva, il paziente necessita di proseguire il trattamento riabilitativo in regime residenziale.

A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 10 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica la richiesta di trattamento alla U.O. del DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR di residenza del paziente. Il DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante provvede, quindi, per il tramite delle proprie UU.OO. territoriali, alle valutazioni della richiesta del trattamento ed a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente e alla U.O. del DIP. MFeR di residenza del paziente.

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

4) Con preventiva autorizzazione rilasciata dalla U.O. del DIP. MFeR insistente nella ASL ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG o PLS.

La presa in carico del paziente deve essere comunicata dalla struttura, entro 5 giorni lavorativi, alla U.O. del DIP. MFeR presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR presente nella ASL di residenza del paziente.

In tutti i casi innanzi previsti, l'U.O. del DIP. MFeR di residenza comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente l'avvenuta presa in carico.

La durata del trattamento riabilitativo residenziale estensivo è fino a 60 giorni, salvo proroga.

La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo di riabilitazione estensiva deve essere preventivamente autorizzata dall'U.O. del DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante.

A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 10 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica la richiesta di proroga alla U.O. territoriale del DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR della ASL di residenza del paziente.

Il DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante provvede, quindi, per il tramite delle proprie UU.OO. territoriali, alle valutazioni della richiesta di prosecuzione del trattamento ed a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente e all'U.O. del DIP. MFeR della ASL di residenza del paziente.

Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga.

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

Decorsi inutilmente i termini dei 10 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata.

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

Il nucleo erogativo di assistenza residenziale estensiva per l'età adulta è costituito da 20 posti letto.

Il nucleo erogativo di assistenza residenziale estensiva per l'età evolutiva è costituito da 10 posti letto.

Art.5

Nucleo di assistenza residenziale di mantenimento riabilitativo
(per disabili ad ALTA complessità assistenziale sanitaria)

Il nucleo è dedicato a pazienti ad ALTA complessità assistenziale sanitaria. I “NUCLEI” per Assistenza Residenziale di Mantenimento Riabilitativo possono essere di due tipi diversi che accolgono due tipologie di pazienti.

1^a tipologia: disabile adulto in condizioni di soddisfacente compenso clinico delle funzioni vitali ma che necessita di assistenza medica per il mantenimento della stabilità clinica, che non possiede i requisiti per l’inserimento nel Centro Risvegli di cui al R.R. n. 24/2011 ma presenta tutte le caratteristiche sotto elencate:

- a) necessità di assistenza infermieristica h24 per attività complesse che non possono essere gestite al domicilio del paziente (assistenza respiratoria, nutrizionale per via parenterale o PEG, infusioni protratte di terapia e.v, altre procedure infermieristiche che richiedano anche vigilanza del paziente e delle apparecchiature a supporto delle funzioni vitali).
- b) ridotta possibilità di recupero funzionale (l’attività riabilitativa è compresa fra i 30 ed i 60 minuti al giorno ed è finalizzata al mantenimento delle funzioni riacquistate, ove possibile al contrasto del declino funzionale in caso di patologie neurodegenerative ed alla prevenzione delle complicanze terziarie).

2^a tipologia: Disabile adulto non autosufficiente che ha completato il processo di recupero funzionale ma che necessita di prestazioni di riabilitazione e sorveglianza sanitaria per il mantenimento e/o prevenzione della progressione della disabilità e dell’esclusione sociale. Il nucleo non può ospitare pazienti provenienti dalle strutture di cui all’art.1, comma 2, lettera b) del Regolamento regionale n. 14/2014 i quali potranno proseguire il percorso assistenziale presso le strutture psichiatriche.

Questo tipo di paziente deve possedere tutte le caratteristiche sotto elencate:

- a) Ridotta possibilità di recupero delle autonomie con rischio di scompenso emotivo-comportamentale e peggioramento funzionale qualora estrapolato dall’abituale contesto educativo e relazionale;
- b) Necessità di assistenza finalizzata alla tutela del disabile anche attraverso prestazioni di riabilitazione, compresi gli interventi di sollievo alla famiglia*

Si può accedere alla riabilitazione di mantenimento extraospedaliera se il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate. In nessun caso un paziente che necessiti di riabilitazione ma che sia in condizione di potenziale alto rischio di instabilità clinica può accedere al presidio di riabilitazione extraospedaliera.

*cfr. DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza” sez. 1.C “Area integrazione sociosanitaria”

Alla riabilitazione sanitaria di mantenimento si accede:

in riferimento alla 1^a tipologia di paziente

- 1) previa prescrizione del Medico dell’Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente, ove non disponibile il medico specialista in riabilitazione. La valutazione del rischio di instabilità clinica deve essere effettuata dal prescrittore, il quale compila la scheda di presentazione del paziente, di cui all’allegato A al presente regolamento, in cui è inclusa la NEWS che esprime un indice di probabilità di deterioramento clinico e la CIRS (Modified Cumulative Illness Rating Scale - versione 10/2013). I dati riportati nella scheda devono essere stati rilevati non oltre le 48 ore precedenti la richiesta. La NEWS e la CIRS, benchè approvate dalla comunità scientifica, sono soltanto uno strumento indicativo. Resta ferma la responsabilità del dirigente medico nella valutazione clinica del paziente;
- 2) previa prescrizione del Medico dell’Unità Operativa di riabilitazione cod. 56 e dell’Unità Operativa di lungodegenza cod. 60. La prescrizione deve essere firmata e timbrata dal medico specialista che la

rilascia sotto la propria personale responsabilità;

3) Con preventiva autorizzazione rilasciata dall'U.O. del DIP. MFeR insistente nella ASL ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG o PLS.

La prescrizione dei precedenti punti 1), 2) e 3) deve espressamente indicare che "il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate, necessita di n. _____ gg di trattamento riabilitativo residenziale di mantenimento. Il paziente richiede elevato impegno assistenziale (nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore) e non può essere avviato alla riabilitazione ambulatoriale e/o domiciliare."

La presa in carico del paziente deve essere comunicata, entro 5 giorni lavorativi, alla struttura territoriale del DIP. MFeR presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, all'U.O. del DIP. MFeR presente nella ASL di residenza del paziente.

Il DIP. MFeR potrà definire con i soggetti interessati canali di comunicazione specifici al fine di semplificare e velocizzare le procedure.

in riferimento alla 2ª tipologia di paziente

A seguito di valutazione effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) del Distretto Socio Sanitario (DSS) ove ha residenza il paziente su proposta dell'U.O. del DIP MFeR o dello stesso Presidio di Riabilitazione che ospita il paziente in altro setting assistenziale o del MMG. La UVM valuta la sussistenza dei requisiti di cui ai precedenti punti a) e b) ai fini della presa in carico del paziente.

La presa in carico del paziente deve essere comunicata dal DSS ove ha residenza il paziente, entro 5 giorni lavorativi, alla U.O. territoriale del DIP. MFeR presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR presente nella ASL di residenza del paziente.

In tutti i casi innanzi previsti:

La durata del trattamento riabilitativo residenziale di mantenimento è fino a 365 gg, salvo proroga.

Per la richiesta di proroga si procede nel seguente modo:

in riferimento alla 1ª tipologia di paziente

l'ulteriore permanenza nel nucleo di riabilitazione di mantenimento deve essere preventivamente autorizzata dall'U.O. del DIP. MFeR presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante.

A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 30 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica la richiesta di proroga alla U.O. territoriale del DIP. MFeR presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR presente nella ASL di residenza del paziente.

Il DIP. MFeR presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante provvede, quindi, per il tramite delle proprie UU.OO. territoriali, alle valutazioni della richiesta di prosecuzione del trattamento ed a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente e alla U.O. del DIP. MFeR della ASL di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga.

in riferimento alla 2ª tipologia di paziente

l'ulteriore permanenza nel nucleo di riabilitazione di mantenimento deve essere preventivamente autorizzata dall'UVM presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante.

A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 30 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica la richiesta di proroga al DSS presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, al DSS presente nella ASL di residenza

del paziente.

Il DSS della ASL in cui insiste la struttura erogante provvede, quindi, per il tramite dell'UVM, alle valutazioni della richiesta di prosecuzione del trattamento e a comunicare, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente, alla U.O. territoriale del DIP. MFeR presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante e alla U.O. del DIP MFeR della ASL di residenza del paziente.

Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga.

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

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

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

Il nucleo erogativo di assistenza riabilitativa residenziale di mantenimento è costituito da 20 posti letto per ciascuna delle due tipologie di pazienti adulti (tipologia di paziente 1 e 2).

Art.6

Nucleo di assistenza semiresidenziale riabilitativa estensiva per l'età evolutiva

Il nucleo è dedicato a pazienti in età evolutiva che devono rispondere ai seguenti requisiti:

- a) Paziente per il quale è necessario un progetto riabilitativo erogabile nell'arco delle 12 ore, finalizzato al recupero e sviluppo funzionale, non autosufficiente, portatore di disabilità derivanti da patologie di pertinenza prevalente della Medicina Fisica e Riabilitazione;
- b) Necessità di interventi multidisciplinari orientati all'acquisizione ed al mantenimento delle competenze neuromotorie, neuropsicologiche e comunicativo relazionali a supporto dell'autonomia personale;
- c) Insufficiente supporto familiare nelle ore diurne, documentate dalla struttura inviante (U.O. territoriale di Medicina Fisica e Riabilitazione insistente nel DSS ove ha residenza il paziente)

Alla riabilitazione in regime semiresidenziale si accede:

Con preventiva autorizzazione rilasciata dall'U.O. del DIP. MFeR insistente nella ASL ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG o PLS.

La presa in carico del paziente deve essere comunicata, entro 5 giorni lavorativi, alla U.O. territoriale del DIP. MFeR presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR presente nella ASL di residenza del paziente.

Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente l'avvenuta presa in carico.

La durata del trattamento riabilitativo semiresidenziale è fino a 280 giorni e di norma coincidente con il periodo di frequenza scolastica.

La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo di riabilitazione semiresidenziale deve essere preventivamente autorizzata presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante.

A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 20 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica la richiesta di proroga all'U.O. del DIP MFeR presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR presente nella ASL di residenza del paziente.

La U.O. del DIP MFeR presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante provvede, quindi, alle valutazioni della richiesta di prosecuzione del trattamento ed a comunicare, in caso di esito favorevole,

l'autorizzazione alla struttura richiedente e alla U.O. del DIP MFeR della ASL di residenza del paziente. Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga.

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

Decorsi inutilmente i termini dei 20 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata.

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

Il nucleo erogativo di assistenza riabilitativa semiresidenziale è costituito da 20 posti.

Art.7

Nucleo di assistenza semiresidenziale di mantenimento per l'età adulta

Il nucleo, che eroga prestazioni riabilitative per disabili gravi, è finalizzato alla tutela del disabile anche attraverso prestazioni di riabilitazione, compresi gli interventi di sollievo alla famiglia*, ed è dedicato esclusivamente a pazienti in età adulta provenienti dal nucleo del precedente art.6 che devono rispondere ai seguenti requisiti:

Paziente che ha completato il processo di recupero funzionale ma che necessita di prestazioni riabilitative per il mantenimento delle abilità acquisite e/o la prevenzione della progressione della disabilità e la promozione e mantenimento dell'inclusione sociale;

Ridotta possibilità di recupero o di stabile acquisizione delle autonomie con rischio di scompenso emotivo-comportamentale e peggioramento funzionale qualora estrapolato dall'abituale contesto educativo e relazionale;

Necessità di presa in carico e di tutela nel lungo termine che non può essere garantita in ambito familiare e in altro setting assistenziale.

*cfr. DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" sez. 1.C "Area integrazione sociosanitaria"

Al nucleo di assistenza di mantenimento in regime semiresidenziale si accede:

A seguito di valutazione effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) del Distretto Socio Sanitario (DSS) ove ha residenza il paziente su proposta dell'U.O. del DIP MFeR o della U.O. di Neuro Psichiatria Infantile o dello stesso Presidio di Riabilitazione che ospita il paziente nel nucleo semiresidenziale per l'età evolutiva. La UVM valuta la sussistenza dei requisiti di cui ai precedenti punti a), b) e c) e, attraverso un'indagine sociale, documenterà la sussistenza di un'insufficiente supporto familiare o informale della persona disabile.

Il Presidio di Riabilitazione, a seguito della proposta fatta, può trasferire il paziente dal setting semiresidenziale per l'età evolutiva al setting semiresidenziale di mantenimento, in attesa della valutazione dello stesso da parte dell'UVM.

La presa in carico del paziente deve essere comunicata dal DSS ove ha residenza il paziente, entro 5 giorni lavorativi, alla U.O. territoriale del DIP. MFeR presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante, e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso riabilitativo, alla U.O. del DIP. MFeR presente nella ASL di residenza del paziente.

La durata del trattamento riabilitativo semiresidenziale è fino a 280 giorni.

La richiesta di proroga per l'ulteriore permanenza nel nucleo semiresidenziale di mantenimento deve essere preventivamente autorizzata dall'UVM del Distretto Socio Sanitario presente nella ASL in cui

insiste la struttura erogante.

A tal fine la struttura che ha in carico il paziente, almeno 30 giorni lavorativi prima della scadenza, notifica la richiesta di proroga al DSS presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante e per conoscenza, ai fini del monitoraggio del percorso socioriabilitativo, al DSS della ASL di residenza del paziente.

L'UVM del Distretto Socio Sanitario presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante provvede, quindi, alla valutazione della richiesta di prosecuzione del trattamento. Il relativo DSS comunica, in caso di esito favorevole, l'autorizzazione alla struttura richiedente, alla U.O. del DIP. MFeR presente nella ASL in cui insiste la struttura erogante e alla U.O. del DIP MFeR della ASL di residenza del paziente.

Quest'ultima comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente la prosecuzione del trattamento in regime di proroga.

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

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

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

Il nucleo erogativo di assistenza semiresidenziale di mantenimento è costituito da 20 posti.

Art.8

Progetto riabilitativo, programma riabilitativo e progetto di struttura

Le attività sanitarie di riabilitazione richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi.

8.1. PROGETTO RIABILITATIVO

Si definisce progetto riabilitativo individuale l'insieme di proposizioni, elaborate dall'équipe riabilitativa della struttura che prende in carico il paziente, coordinata dal medico responsabile. Il progetto riabilitativo individuale:

- indica il medico specialista responsabile del progetto stesso;
- tiene conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente (e/o dei suoi familiari, quando è necessario), delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali e personali;
- definisce gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità del paziente, dei suoi familiari, quando è necessario, e dell'équipe curante;
- deve dimostrare la consapevolezza e comprensione, da parte dell'intera équipe riabilitativa, dell'insieme delle problematiche del paziente, compresi gli aspetti che non sono oggetto di interventi specifici, e di regola può non prevedere una quantificazione degli aspetti di cui sopra, ma ne dà una descrizione, in termini qualitativi e generali;
- definisce il ruolo dell'équipe riabilitativa, composta da personale adeguatamente formato, rispetto alle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti desiderati;
- definisce, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;
- è comunicato in modo comprensibile ed appropriato al paziente. e ai suoi familiari;
- è comunicato a tutti gli operatori coinvolti nel progetto stesso;
- costituisce il riferimento per ogni intervento svolto dall'équipe riabilitativa.

Il medico coordinatore dell'équipe riabilitativa, d'intesa con la stessa équipe, provvede a garantire un

flusso costante di informazioni da e con il medico di famiglia, e con tutte le strutture coinvolte nel percorso riabilitativo.

Il progetto riabilitativo individuale deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base a cui è stato elaborato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità) anche in relazione ai tempi, alle azioni o alle condizioni precedentemente definiti.

Il PRI deve essere redatto entro 5 giorni dalla presa in carico del paziente. Qualora in sede di stesura del PRI dovesse risultare che il setting riabilitativo prescritto non è compatibile con le condizioni cliniche del paziente, la struttura provvede a trasferire il paziente nel setting appropriato e ne dà comunicazione scritta alla struttura territoriale del DMFeR della ASL nella quale insiste la struttura e di quella di residenza del paziente.

8.2 PROGRAMMA RIABILITATIVO

La realizzazione del progetto riabilitativo avviene mediante uno o più programmi riabilitativi elaborati dalla struttura coinvolta nel percorso riabilitativo. Il “programma riabilitativo” definisce le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi.

In particolare:

- definisce le modalità della presa in carico da parte della struttura;
- definisce gli interventi specifici durante il periodo di presa in carico;
- individua ed include gli obiettivi immediati (da raggiungere nello spazio di pochi giorni) e/o gli obiettivi a breve termine (da raggiungere nell’ambito di poche settimane) e li aggiorna nel tempo;
- definisce modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste negli stessi interventi;
- definisce le misure di esito appropriate per la valutazione degli interventi, l’esito atteso in base a tali misure ed il tempo di verifica del raggiungimento di un dato esito;
- individua i singoli operatori coinvolti negli interventi e ne definisce il relativo impegno, nel rispetto delle relative responsabilità professionali;
- viene puntualmente verificato ed aggiornato periodicamente durante il periodo di presa in carico;
- costituisce un elemento di verifica del progetto riabilitativo.

8.3 PROGETTO DI STRUTTURA

Il Presidio territoriale di recupero e riabilitazione elabora il Progetto di struttura nel quale esplicita la programmazione della disponibilità e dell’organizzazione degli spazi, del lavoro e delle modalità operative di tutta la struttura per garantire una idonea funzione di supporto, finalizzata alla protezione ed alla stimolazione delle capacità funzionali e relazionali di tutti i soggetti assistiti.

Nel Progetto di Struttura sono definite, ex ante, in particolare le caratteristiche, la mission, la dotazione organica con le figure professionali e relative specifiche competenze, le procedure utilizzate.

Art. 9

Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio dei presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste

L’offerta riabilitativa territoriale per le persone con disabilità è graduata in trattamenti intensivi, estensivi e riabilitativi di mantenimento, erogabili in nuclei.

Le strutture si articolano in nuclei che possono ospitare fino a un massimo di 20 persone.

All’interno delle singole strutture possono coesistere, in riferimento all’assistenza in regime residenziale, nuclei diversi, intensivo, estensivo, riabilitativo di mantenimento.

All'interno delle singole strutture possono coesistere nuclei di assistenza in regime residenziale e semiresidenziale.

La capacità recettiva delle strutture di nuova realizzazione va da un minimo di 20 fino a un massimo di 60 posti residenza nelle diverse tipologie di nuclei.

In caso di strutture autorizzate all'esercizio per altra tipologia di assistenza sanitaria e/o sociosanitaria, la parte dell'immobile o del complesso di immobili destinato a Presidio di Riabilitazione deve essere indipendente dalla restante parte della struttura, dotato di ingresso separato ed in possesso dei requisiti minimi di seguito riportati. E' fatto divieto di possedere requisiti in comune tra il Presidio di Riabilitazione e altra tipologia di struttura autorizzata all'esercizio, ovvero non è consentita l'utilizzazione di spazi in comune quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto, all'area di socializzazione e all'area della valutazione e delle terapie.

9.1.1 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER L'ASSISTENZA RESIDENZIALE

Standard dimensionali e strutturali

Gli standard dimensionali sono determinati nelle misure che seguono, tenendo presente che gli standard rapportati alle persone sono da considerarsi netti, in quanto fanno riferimento a superfici utili per lo svolgimento delle funzioni specifiche:

a) la superficie totale utile funzionale delle strutture è fissata in un minimo mq 40 per ospite;

b) per le camere (bagno escluso):

mq 12 per una persona;

mq 20 per due persone (per le strutture esistenti alla data di entrata in vigore del presente regolamento, mq 18 per due persone);

c) le restanti aree di attività e di servizio sono da dimensionarsi nel computo complessivo di 40 mq per ospite di cui alla precedente lettera a);

Le porte devono possedere caratteristiche tali da limitare l'ingombro durante l'apertura (P. es. porte scorrevoli, rototranslanti..). Le porte di accesso a camere, bagni o ambienti con spazi di manovra ridotti devono aprire verso l'esterno anche per consentire il soccorso a pazienti in caso di caduta. Quando la porta apre verso vie di fuga o uscite di emergenza il senso di apertura deve essere verso l'esodo. La luce netta della porta deve essere di misura tale da consentire il passaggio di letti con ruote, barelle doccia e carrozzine.

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

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

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

Area abitativa

Devono essere presenti:

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

- la privacy degli ospiti, anche attraverso l'impiego di divisori mobili, l'accesso e il movimento delle carrozzine, l'uso dei sollevatori e il passaggio delle barelle;

- a ciascun posto letto, l'accessibilità contemporanea di due operatori per lato, onde garantire le

necessarie manovre assistenziali, nonché la possibilità di trasferimento dei pazienti sia su carrozzina che barella;

- la presenza di bagno assistito, dimensionato secondo la normativa vigente, adeguato ai pazienti non autosufficienti, con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine e sollevatore, dotato di lavandino, wc, doccia a pavimento o vasca, bidet;
- la presenza di un armadio porta abiti e di un mobile basso (con funzione di comodino, scarpiera) per posto letto. Gli arredi devono essere compatibili con la patologia del paziente;
- TV e telefono collegato con l'esterno.

Servizi di nucleo

Devono essere presenti per ciascun nucleo:

- locale soggiorno/gioco/TV/spazio collettivo;
- sala da pranzo anche plurinucleo;
- Deposito attrezzature, ortesi e ausili vari;
- cucinetta;
- locale di servizio per il personale con annessi servizi igienici;
- bagno assistito con vasca ospedaliera e con doccia per persone con disabilità (dovranno essere garantiti spazi idonei a consentire le manovre al personale di assistenza);
- bagno assistito con vasca ad ultrasuoni;
- locale deposito biancheria pulita (articolato per piano);
- locale deposito materiale sporco, con vuotatoio e lavapadelle (articolato per piano);
- locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, etc. (articolato per piano);
- servizio igienico per i visitatori;
- locale attività pedagogico-educativa, addestramento professionale, tempo libero.

Area destinata alla valutazione e alle terapie

Tale area, che deve essere opportunamente individuata e indicata all'interno della struttura, può servire anche diversi moduli. In tal caso devono essere presenti, per ognuna delle tipologie di locali elencati di seguito, almeno un locale per nucleo. Devono essere previsti:

- ambulatorio o studio medico attrezzato per visite e valutazioni specifiche la cui superficie non deve essere inferiore a 16 mq ciascuno;
- locali per l'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione la cui superficie non deve essere inferiore a 16 mq ciascuno. Nello specifico:
 - locale per fisiokinesiterapia;
 - locale per terapia occupazionale;
 - locale per terapia cognitiva;
 - locale per terapia del linguaggio;
 - locale per urologia (patologie cerebrali e/o spinali), con annesso servizio igienico ed area separata per spogliarsi, tale da garantire il rispetto della privacy dell'utente (il servizio igienico è da escludersi dal computo dei mq 16);
 - locale per rieducazione neuropsicomotoria (per i nuclei di pazienti in età evolutiva);
 - palestra con attrezzature e presidi necessari per le specifiche attività riabilitative previste di dimensione non inferiore a 60 mq;
 - locale per l'attività infermieristica la cui superficie non deve essere inferiore a 16 mq;
- In prossimità dell'area destinata alla valutazione e alle terapie deve essere presente almeno un bagno per gli assistiti ed un bagno per gli operatori.

Area della socializzazione

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

anche diversi nuclei.

Devono essere presenti:

- servizi per l'assistenza religiosa e relativi locali;
- locale bar (in alternativa distributori automatici di alimenti e bevande);
- soggiorni polivalenti di 30 mq per nucleo;
- Sala mensa utenti (a questa funzione può essere adibito anche il soggiorno polivalente)
- bagni per i visitatori, di cui almeno uno accessibile alle persone con disabilità;
- aree verdi attrezzate, e accessibili alle persone con disabilità, all'interno del complesso. L'area verde è obbligatoria per le strutture di nuova realizzazione; per le strutture già autorizzate ed accreditate alla data di entrata in vigore del presente regolamento le stesse possono adeguare la struttura per tale requisito.

Servizi a richiesta dell'utenza

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

Aree generali e di supporto

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

Devono essere previsti:

- ingresso con portineria, posta, telefono;
- uffici amministrativi;
- archivio per la documentazione clinica e amministrativa;
- Sala riunioni;
- cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo sporzionamento);
- lavanderia e stireria (se il servizio è appaltato all'esterno locali per lo stoccaggio);
- servizio di pulizia (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo stoccaggio attrezzi e materiale vario);
- magazzini;
- spogliatoi per il personale con annessi bagni;
- sala mensa per il personale;
- deposito pulito;
- deposito sporco;
- camera mortuaria con sala dolenti.

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

In caso di strutture a più piani, devono essere presenti impianti elevatori tra cui almeno due montalettighe e un ascensore. Le dimensioni degli ascensori devono essere tali da garantire l'accesso almeno ad una carrozzina e un operatore. In caso di strutture organizzate a più nuclei per piano, ogni ala della struttura deve essere dotata di un ascensore e di due montalettighe.

Qualora la struttura abbia uno o più moduli dedicati all'età evolutiva, gli spazi devono essere dedicati e adeguatamente attrezzati per le distinte esigenze dei minori in rapporto alla fascia di età di appartenenza (infanzia e adolescenza). Anche i servizi igienici dell'area abitativa, dei servizi di nucleo e area destinata alla valutazione e alle terapie devono essere adeguatamente attrezzati per le due fasce di età dei minori. Devono, inoltre, essere previsti spazi comuni dedicati ed utilizzabili dai minori con i genitori.

9.1.2 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER L'ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE

Standard dimensionali e strutturali

Gli standard dimensionali sono determinati nelle misure che seguono, tenendo presente che gli standard rapportati alle persone sono da considerarsi netti, in quanto fanno riferimento a superfici utili per lo svolgimento delle funzioni specifiche.

La superficie totale utile funzionale delle strutture è fissata in mq 30 per ospite.

Le porte devono possedere caratteristiche tali da limitare l'ingombro durante l'apertura (P. es. porte scorrevoli, rototranslanti..). Le porte di accesso a camere, bagni o ambienti con spazi di manovra ridotti devono aprire verso l'esterno anche per consentire il soccorso a pazienti in caso di caduta. Quando la porta apre verso vie di fuga o uscite di emergenza il senso di apertura deve essere verso l'esodo. La luce netta della porta deve essere di misura tale da consentire il passaggio di carrozzine.

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

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

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

Servizi di nucleo

Devono essere presenti per ciascun nucleo:

- locale soggiorno/gioco/TV/spazio collettivo attrezzato con poltrone reclinabili e con superficie non inferiore a 3 mq per ospite);
- sala da pranzo anche plurinucleo;
- Deposito attrezzature, ortesi e ausili vari;
- cucinetta;
- locale di servizio per il personale con annessi servizi igienici;
- almeno n.2 bagni assistiti;
- locale deposito materiale sporco, con vuotatoio e lavapadelle (articolato per piano);
- locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, etc. (articolato per piano);
- servizio igienico per i visitatori/accompagnatori;
- locale attività pedagogico-educativa, addestramento professionale, tempo libero;

Area destinata alla valutazione e alle terapie

Tale area, che deve essere opportunamente individuata ed indicata all'interno della struttura, può servire anche diversi nucleo. In tal caso devono essere presenti, per ognuna delle tipologie di locali elencati di seguito, almeno un locale per nuclei. Devono essere previsti:

- ambulatorio o studio medico attrezzato per visite e valutazioni specifiche la cui superficie non deve essere inferiore a 16 mq ciascuno;
- locali per l'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione la cui superficie non deve essere inferiore a 16 mq ciascuno. Nello specifico:
 - locale per terapia fisiokinesiterapia;
 - locale per terapia occupazionale;
 - locale per terapia cognitiva;
 - locale per terapia del linguaggio;

- locale per rieducazione neuropsicomotoria;
- almeno 2 locali per le attività educative di superficie minima di mq 35 per 10 assistiti
- palestra con attrezzature e presidi necessari per le specifiche attività riabilitative previste di dimensione non inferiore a 60 mq;
- locale per l'attività infermieristica la cui superficie non deve essere inferiore a 16 mq ciascuno;
- In prossimità dell'area destinata alla valutazione e alle terapie deve essere presente almeno un bagno per gli assistiti ed un servizio igienico per gli operatori;
- locali spogliatoio/guardaroba per gli utenti delle dimensioni tali da destinare a ciascun assistito almeno mq.3.

Area della socializzazione

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

Devono essere presenti:

- locale bar, anche in comune con altri nuclei (in alternativa distributori automatici di alimenti e bevande);
- servizi igienici per i visitatori/accompagnatori, di cui almeno uno accessibile alle persone con disabilità;
- aree verdi attrezzate, e accessibili alle persone con disabilità, all'interno del complesso. L'area verde è obbligatoria per le strutture di nuova realizzazione; per le strutture già autorizzate ed accreditate alla data di entrata in vigore del presente regolamento le stesse possono adeguare la struttura per tale requisito.

Aree generali e di supporto

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

Devono essere previsti:

- ingresso con portineria, posta, telefono;
- uffici amministrativi;
- archivio per la documentazione clinica e amministrativa;
- Sala riunioni;
- cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo sporzionamento);
- magazzini;
- spogliatoi per il personale con annessi servizi igienici;
- sala mensa per il personale;
- deposito pulito;
- deposito sporco;
- servizio di pulizia (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo stoccaggio attrezzi e materiale vario).

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

In caso di strutture a più piani, devono essere presenti impianti elevatori tra cui due ascensori. Le dimensioni degli ascensori devono essere tali da garantire l'accesso almeno ad una carrozzina e un operatore. In caso di strutture organizzate a più nuclei per piano, ogni ala della struttura deve essere dotata di un ascensore e di due montalettighe.

Gli spazi devono essere dedicati e adeguatamente attrezzati per le esigenze dei minori. Anche i servizi igienici dell'area abitativa, dei servizi di nucleo e area destinata alla valutazione e alle terapie devono essere adeguatamente attrezzati per i minori. Devono, inoltre, essere previsti spazi comuni dedicati ed utilizzabili dai minori con i genitori.

Nel caso in cui la struttura sia autorizzata all'esercizio anche per nuclei di assistenza riabilitativa in regime residenziale, le aree generali e di supporto possono essere in comune.

9.2 REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

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

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

Devono essere presenti:

a - degenza

- letti di degenza a tre segmenti regolabili, con spondine e relativi "trapezi" e "archetti alzacoperte" e con almeno il 50 % della dotazione regolabile in altezza;
- materasso antidecubito ad aria con compressore per ogni posto letto; nella dotazione complessiva deve esservi la disponibilità di materassi per pazienti a rischio medio alto di lesioni da pressione o con lesioni da pressione gravi (IV stadio secondo la scala di Braden) p. es materassi a fluttuazione e materassi a cessione d'aria.
- 1 sollevatore pazienti elettrico con diverse tipologie di imbragature;
- 1 carrozzina per p.l., parte standard con ruote grandi posteriori (dimensioni varie) e con tavolino avvolgente per carrozzina;
- 1 sistema pesapersona per disabili;
- disponibilità di cuscini antidecubito;
- apparecchi per aerosol terapia;
- almeno n. 2 poltroncine doccia;
- comodini bidirezionali per disabili.

b - posti semiresidenziale

- 1 sollevatore pazienti elettrico con diverse tipologie di imbragature;
- almeno 1 carrozzina ogni 2 posti, parte standard con ruote grandi posteriori (dimensioni varie) e con tavolino avvolgente per carrozzina;
- 1 sistema pesapersona per disabili;
- disponibilità di cuscini antidecubito;
- apparecchi per aerosol terapia;

c - Attrezzature per la valutazione in fisioterapia

- dispositivi per valutazioni dinamometriche
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità motorie;
- apparecchio per saturimetria transcutanea;
- cronometri;

Per il nucleo residenziale in fase intensiva è previsto anche:

- disponibilità nella struttura di almeno uno spirometro ed apparecchio per EGA;
- disponibilità nella struttura di un Bladder scanner.

d - Dotazioni per il trattamento in fisioterapia

- lettini per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 100 minimi x 200 x 44/85h);
- letto di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85h)(Bobath);
- letti di verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile;
- lettini per masso-fisioterapia strumentale in legno con testata ad inclinazione regolabile (cm180x70x75/80h);
- lettino ad altezza regolabile e a più segmenti per manipolazione;
- sollevatore elettrico con diverse tipologie di imbragatura (fasce, amaca standard ed amaca con poggiatesta) in grado di sollevare il paziente dal piano-pavimento;
- standing ad altezza variabile;
- materassini per cinesiterapia a pavimento (o piano materasso grande);
- parallele ad altezza variabile;
- specchi a muro per cinesiterapia (non quadrettati);
- specchi per cinesiterapia su ruote;
- bilance con quadrante basso;
- scala modulare per rieducazione motoria;
- apparecchi vari per terapia fisica strumentale;
- deambulatori ad altezza regolabile tipo "walker";
- deambulatori ad altezza regolabile tipo "rollator";
- ausili vari per la deambulazione (bastoni, tripodi, etc.);
- cicloergometro o tapis roulant;
- piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva;
- serie di sussidi per l'esercizio terapeutico manipolativo funzionale;
- serie di ausili per il rinforzo muscolare;
- spalliera svedese;
- serie di bastoni per cinesiterapia;
- cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme;
- 1 maxicilindro (cm 100x85 dim);
- cronometri;
- tavolo ergoterapico ad altezza ed inclinazione variabile ad uno o più segmenti;
- sgabelli ad altezza regolabile;
- carrello portausili per cinesiterapia a più ripiani;
- sedie e sgabelli vari;
- apparecchio elettrostimolatore per muscolatura normale e denervata
- apparecchio per terapia antalgica

e - Dotazioni per la valutazione e il trattamento in logopedia

- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione del linguaggio, della voce, della sordità, delle turbe neuropsicologiche e della deglutizione. La dotazione testistica deve essere appropriata per le valutazioni in età evolutiva e adolescenziale (solo per i nuclei dedicati a queste età), nell'adulto e nell'anziano;
- sussidi manuali ed elettronici per il trattamento dei disturbi del linguaggio, i disturbi della voce, della sordità, delle turbe neuropsicologiche e dei disturbi della deglutizione. La dotazione strumentale deve essere appropriata per il trattamento in età evolutiva e adolescenziale (solo per i nuclei dedicati a queste età), nell'adulto e nell'anziano.
- la dotazione minima per l'ambiente dedicato alla logopedia deve prevedere anche:
 - Tavolo con due sedie
 - Armadi per riporre strumenti e materiali

f - Dotazioni per la valutazione in terapia occupazionale

- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità, interessi lavorativi e capacità lavorative residue, funzioni psico-intellettive, capacità fisiche ed esecutive. La dotazione testistica deve essere appropriata per le valutazioni in età evolutiva e adolescenziale (solo per i nuclei dedicati a queste età), nell'adulto e nell'anziano.

g - Dotazioni per il trattamento in terapia occupazionale

- sussidi manuali ed elettronici per il recupero di abilità nell'ambito delle autonomie personali, strumentali e lavorative. La dotazione strumentale deve essere appropriata per il trattamento in età evolutiva e adolescenziale (solo per i nuclei dedicati a queste età), nell'adulto e nell'anziano. La dotazione minima dell'ambiente dedicato alla terapia occupazionale deve prevedere:

- Pannello a parete posizionabile ad altezze variabili con sussidi per la simulazione di attività quotidiane
- Sussidi da tavolo per la simulazione di attività quotidiane
- Giochi con pedine, dadi o altre forme in metallo o legno per gesti finalizzati a incrementare la concentrazione, la memoria, le abilità finimotorie, il coordinamento oculomotorio le capacità sensoriali.
- Tavolo per la terapia occupazionale regolabile in altezza e con piano inclinabile, dotato di sistema di ancoraggio del braccio e della mano per il miglior controllo posturale della testa e del tronco.
- Armadi per riporre strumenti e materiali

h - Dotazioni per la valutazione in neuropsicomotricità (Solo per i nuclei dedicati all'età evolutiva)

- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione in età evolutiva di abilità cognitive, motorie, sensoriali, della coordinazione, del linguaggio e dell'apprendimento. La dotazione testistica deve essere appropriata per le valutazioni in età evolutiva e l'adolescenza.

i - Dotazioni per il trattamento in neuro psicomotricità (Solo per i nuclei dedicati all'età evolutiva)

- sussidi manuali ed elettronici per l'evocazione in età evolutiva di abilità cognitive, motorie, sensoriali, della coordinazione, del linguaggio e dell'apprendimento. La dotazione minima dell'ambiente dedicato alla terapia occupazionale deve prevedere:

- Tavolo regolabile in altezza con sedute idonee per l'età evolutiva
- Armadi per riporre strumenti e materiali.
- 2 materassini in gommapiuma con rivestimento ignifugo, sfoderabile e lavabile.
- Palloni per la riabilitazione di differenti diametri.
- Cuscini colorati di varie forme (Cuneo, cubo, parallelepipedo, cilindro, semicilindro) rivestiti di materiale ignifugo e lavabile.
- clavette colorate, sacchetti motori, funi colorate da mt. 3, corde per saltelli con contrappeso, corde per saltelli con manopole, sfere in legno colorato, palle per ritmica, ceppi in legno colorati, cerchi in nylon colorati ø cm 60, dischi materiale morbido per percorsi di deambulazione, clavette da cm 31, palle mediche vinile (kg 1÷5), bastoni legno da cm 90, bastoni legno da cm 120, tamburelli con batacchio, palle ritmiche da gr 420

l - Dotazioni per la valutazione in riabilitazione cognitiva

- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle funzioni cognitive e psicomotorie. La dotazione testistica deve essere appropriata per le valutazioni nell'adulto e nell'anziano.

m - Dotazioni per trattamento in riabilitazione cognitiva

- sussidi manuali ed elettronici per la riabilitazione delle funzioni cognitive e psicomotorie. La dotazione minima dell'ambiente dedicato alla riabilitazione cognitiva deve prevedere:
- Tavolo con due sedie
 - Armadi per riporre strumenti e materiali
 - Kit di riabilitazione cognitiva non informatizzato.

- Strumenti informatici (hardware e software) adatti allo svolgimento di esercizi di riabilitazione cognitiva (esercizi di riconoscimento, riordino, classificazione, associazione, attenzione, calcolo, orientamento, riproduzione di modelli, pianificazione, analisi di situazioni, problem solving etc.)
- attrezzature, dispositivi e strumenti standardizzati per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
- presidi e attrezzature atte allo svolgimento di trattamenti da parte di medici specialisti e degli altri operatori della riabilitazione;
- attrezzature per la riabilitazione motoria (es.: letti per fisioterapia movimentabili, articolati e ad altezza variabile, sgabelli, cuscini, tappeti, cunei, cilindri, parallele, palloni di varie dimensioni, scala di deambulazione, gruppo parallele per deambulazione, tavoli fisioterapici per trattamenti individuali, spalliere, panche irrovesciabili pesi varie misure cyclette specchi quadrettati palloni tipo Bobath tavolo oscillante asse di equilibrio (specifiche per la riabilitazione) pedane oscillanti materassini bastoni in metallo con appoggio regolabile cuscini sgabelli deambulatori canadesi, tripodi, cunei);
- apparecchio elettrostimolatore per muscolatura normale e denervata;
- apparecchio per terapia antalgica;
- elettrocardiografo;
- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva e neuropsicologica (esempio: materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, materiali semistrutturati didattico/educativi con supporto cartaceo e/o informatico, ausili informatici: comunicatori, puntatori, tastiere speciali);
- materiali e strumenti per la riabilitazione logopedica (N indicator, S indicator, spirometro, metronomo, speech emphasis indicator, registratori, vari giochi sonori luminosi di memoria, spazio-temporale per la manipolazione, giochi affettivi.
- In caso che venga svolta attività diagnostica: impedenziometro, audiometro.
- materiali e strumenti per la terapia occupazionale;
- barella-doccia.

La struttura rende disponibili tutti i presidi non strettamente personali necessari ad ospiti non deambulanti e non autosufficienti, compresi quelli antidecubito (es.: letti, comodini, armadi, materassi idonei, cuscini, sollevatori, deambulatori, carrozzine, carrozzine con sistemi posturali).

9.3 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il ruolo di Responsabile sanitario della struttura è affidato a un medico in possesso dei requisiti di cui all'art. 13 della L. R. n. 8/2004.

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

Fermo restando l'esclusività prevista dal comma 6, art.13, L.R. n.8/2004, il Responsabile sanitario delle strutture con meno di cinquanta posti residenziali e/o semiresidenziali deve garantire la presenza per almeno 19 ore settimanali.

Il medico cui è affidata la direzione:

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

dell'archiviazione;

- vigila sull'aggiornamento tecnologico e formativo in funzione delle disabilità trattate e delle necessità identificate dall'équipe della struttura;
- provvede all'aggiornamento delle metodiche;
- rilascia certificazioni agli aventi diritto.

Tutto il personale operante nel Presidio extraospedaliero di Riabilitazione è in possesso delle necessarie qualificazioni professionali prevista per gli operatori del SSN, ovvero, nel rispetto della normativa vigente, deve essere in possesso di titolo di studio idoneo per l'accesso ai ruoli sanitari del Servizio sanitario Nazionale. La tipologia delle figure professionali e il debito orario variano a seconda di quanto previsto specificatamente per i diversi nuclei di cui agli articoli seguenti.

Tutto il personale operante nella struttura deve essere assunto a tempo indeterminato. Le assunzioni a tempo determinato saranno ammesse per provvedere a sostituzioni di personale in organico a seguito di assenze giustificate e previste dalla normativa in materia di tutela dei lavoratori.

Il personale operante nella struttura deve essere garantito, in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna figura professionale, fermo restando che il personale assunto deve essere a tempo indeterminato ed il numero delle varie figure professionali deve essere sufficiente a garantire il debito orario a tempo pieno (38 ore sett. per il medico, 36 ore sett. per le altre figure professionali).

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

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

Presso ogni struttura, comprendente uno o più nuclei, deve essere presente un medico che garantisca la guardia medica nelle ore notturne e festive con abilitazione BLSD (Basic Life Support & Defibrillation) e ILS (Immediate Life Support) in riferimento ai nuclei per l'età adulta e PBLSD (Pediatric Basic Life Support & Defibrillation) in riferimento ai nuclei per l'età evolutiva.

La struttura trasmette l'elenco della dotazione organica al competente Ufficio regionale opportunamente dettagliato con i nominativi degli operatori, la qualifica professionale, il titolo di studio, la data di assunzione e la tipologia del contratto con il debito orario.

Per ogni utente è:

- redatto il Progetto Riabilitativo Individuale così come definito al precedente art.8.1;
- compilata la cartella clinica che deve contenere i dati relativi al paziente (anagrafici, operatori di riferimento, diagnosi, valutazione sociale), il Progetto Riabilitativo Individuale, la scheda infermieristica con il dettaglio delle attività riabilitative di propria competenza effettuate e quella relativa agli specifici programmi riabilitativi eseguiti, i risultati degli strumenti di valutazione utilizzati, le verifiche con l'indicazione dei risultati raggiunti e la motivazione della chiusura del programma; in cartella sono registrate le eventuali assenze dell'utente dalla struttura, con la relativa motivazione. Nello specifico:
 - il Medico specialista in riabilitazione è responsabile della redazione del PRI. Qualsiasi trattamento riabilitativo non può avere decorrenza da data precedente alla redazione del PRI. La redazione del PRI e le valutazioni specialistiche finalizzate al conseguimento degli obiettivi riabilitativi, anche attraverso la compilazione di scale, da parte del medico responsabile devono essere puntualmente documentati in cartella.
- le attività del personale infermieristico, che concorrono al raggiungimento dell'orario giornaliero

richiesto per l'intervento riabilitativo, sono quelle strettamente legate all'addestramento del paziente/caregivers per:

- L'utilizzo di dispositivi per il controllo/trattamento dei disordini legati all'evacuazione);
- Cateterismi intermittenti;
- Alimentazione per OS - SNG - PEG;
- Prevenzione lesioni da pressione;
- Aspirazione delle mucosità orofaringee, pulizia del cavo orale, gestione cannula tracheostomica;
- Movimentazione dei carichi;
- Cambi posturali a letto, letto/carrozzina, carrozzina/WC;
- Igiene - vestizione.
- La durata di ognuna di queste attività di addestramento deve essere riportata in cartella.

E' da considerarsi attività infermieristico/riabilitativa anche quella preventiva per l'individuazione di soggetti a rischio, attraverso la compilazione di scale di valutazione specifiche (es.: Indice di Braden, Scala Morse, Scala Stratify), a cura del personale infermieristico (Anche il tempo necessario per la compilazione di ognuna di queste scale deve essere riportato in cartella).

- per i Fisioterapisti - Logopedisti - Terapisti Occupazionali - Terapisti della Neurosicomotricità dell'età evolutiva: l'intervento riabilitativo deve essere erogato da tali figure professionali nel rapporto terapeuta/paziente 1:1. L'impegno orario di tali figure professionali deve essere documentato nella cartella riabilitativa e controfirmato dal paziente, come da modulo di trattamento riabilitativo di cui all'allegato B al presente regolamento. Qualora il paziente sia impedito, il modulo verrà controfirmato dal Direttore sanitario.

- per l'Assistente Sociale - Psicologo: l'impegno orario di tali figure professionali deve essere documentato nella cartella riabilitativa.

L'organizzazione garantisce all'ospite:

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

Qualora la struttura prenda in carico persone in età evolutiva, oltre ai trattamenti riabilitativi sono erogati anche trattamenti psico-educativi e attività didattico-formative.

Le prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagini, farmaceutiche e di assistenza protesica e le prestazioni odontoiatriche, sebbene non erogate dalla struttura, sono assicurate agli ospiti

della stessa ai sensi della normativa vigente, anche attraverso i servizi delle ASL.

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

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

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

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

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

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

Art. 10

Requisiti specifici strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei presidi territoriali di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali

10.1 REQUISITI SPECIFICI PER UN MODULO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE RIABILITATIVA INTENSIVA

10.1.1 REQUISITI SPECIFICI STRUTTURALI

Sono confermati i requisiti descritti nell'art. 9.1 Requisiti minimi strutturali.

10.1.2 REQUISITI SPECIFICI TECNOLOGICI

Oltre ai requisiti indicati nell'art.9.2 Requisiti minimi tecnologici devono essere presenti:

- letti elettrici articolati con sponde e ruote (per tutti i posti letto residenza) e che si possano abbassare fino a 40 cm;
- sistema di chiamata/allarme, inclusi quelli per tetraplegici a succhio-soffio o con bottone;
- materassi antidecubito ad alta tecnologia (se a camere d'aria alternanti, deve essere prevista la possibilità di sgonfiaggio veloce per il massaggio cardiaco);
- bronco-aspiratori portatili con sistema a batteria ricaricabile;
- macchina per la tosse,
- almeno 3 apparecchi per aerosolterapia;
- 1 sollevatore elettrico per nucleo con più imbracature;
- 1 sollevatore per obesi plurinucleo;
- almeno 2 seggioloni polifunzionali
- disponibilità nella struttura di almeno uno spirometro ed apparecchio per EGA;
- disponibilità nella struttura di un Bladder scanner

E' presente la distribuzione centralizzata di ossigeno medicale e vacuum.

10.1.3 REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI

È garantita, per ogni paziente, la predisposizione del Progetto Riabilitativo Individuale con gli specifici programmi e i tempi di realizzazione previsti:

- riabilitazione delle funzioni motorie e sensoriali;
- riabilitazione delle funzioni cardio-respiratorie;
- riabilitazione delle funzioni vescico-sfinteriche;
- riabilitazione delle funzioni digestive (disfagia, deglutizione);
- riabilitazione delle funzioni cognitive/comportamentali e del linguaggio;
- formazione del caregiver;
- presa in carico del nucleo familiare (informazione/formazione/empowerment/riduzione carico emozionale).

E' garantita la presenza di:

- medico responsabile della struttura;
- medici specialisti;
- psicologi;
- assistenti sociali;
- infermieri;
- professionisti sanitari della riabilitazione;
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale per 20 posti letto; per nuclei con numero di posti letto inferiori a 20, il personale è comunque proporzionato al numero di posti inferiore a 20.

L'attività medica non è inferiore a 30 minuti/die/paziente. Presso ogni struttura, comprendente uno o più nuclei, deve essere presente un medico che garantisca la guardia medica nelle ore notturne e festive con abilitazione BLSD (Basic Life Support & Defibrillation) e ILS (Immediate Life Support) in riferimento ai nuclei per l'età adulta e PBLSD (Pediatric Basic Life Support & Defibrillation) in riferimento ai nuclei per l'età evolutiva.

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

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741- D.M. 27 luglio 2000; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742 - D.M. 27 luglio 2000; terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56 - D.M. 27 luglio 2000; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n.136 - D.M. 27 luglio 2000; educatore professionali ex D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 - D.M. 27 luglio 2000) non possono essere tra loro intercambiabili; l'assistenza garantita dal suddetto personale non dovrà essere inferiore ai minuti al giorno per paziente riportati nelle tabelle precedenti.

Nel modulo dedicato all'età evolutiva le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l'età evolutiva.

I minuti assistenza per paziente riferiti allo Psicologo e all'Assistente sociale vanno erogati facendo riferimento al fabbisogno settimanale.

L'assistenza infermieristica è assicurata sulle 24 ore per un minimo di 72 minuti/die/paziente. Nei nuclei dedicati all'età evolutiva, fermo restando che il numero degli infermieri è pari a 3 per nucleo, per poter garantire un turno completo, l'assistenza infermieristica h 24 sarà assicurata mediante l'utilizzo del personale infermieristico assegnato ai diversi nuclei dedicati all'età evolutiva. Qualora il nucleo sia organizzato su più piani la presenza dell'infermiere sulle 24 ore deve essere garantita per ciascun piano.

Gli operatori socio-sanitari devono garantire assistenza per non meno di 95 minuti pro/die a paziente nel nucleo per adulti e per non meno di 72 minuti pro/die a paziente nel nucleo per l'età evolutiva. Nei nuclei dedicati all'età evolutiva, fermo restando che il numero degli OSS è pari a 3 per nucleo, per poter garantire un turno completo, l'assistenza OSS h 24 sarà assicurata mediante l'utilizzo del personale operatore socio-sanitario assegnato ai diversi nuclei dedicati all'età evolutiva. Qualora il nucleo sia organizzato su più piani la presenza dell' OSS sulle 24 ore deve essere garantita per ciascun piano.

10.2 REQUISITI SPECIFICI PER UN MODULO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE RIABILITATIVA ESTENSIVA

10.2.1 REQUISITI SPECIFICI STRUTTURALI

Sono confermati i requisiti descritti nell'art. 9.1 Requisiti minimi strutturali.

10.2.2 REQUISITI SPECIFICI TECNOLOGICI

Sono confermati i requisiti indicati nell'art.9.2 Requisiti minimi tecnologici.

10.2.3 REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI

È garantita, per ogni paziente, la predisposizione del progetto Riabilitativo Individuale con gli specifici programmi e tempi di realizzazione previsti:

- riabilitazione delle funzioni motorie e sensoriali;
- riabilitazione delle funzioni cardio-respiratorie;
- riabilitazione delle funzioni vescico-sfinteriche;
- riabilitazione delle funzioni digestive (disfagia, deglutizione);
- riabilitazione delle funzioni cognitive/comportamentali e del linguaggio;
- formazione del caregiver;
- presa in carico del nucleo familiare (informazione/formazione/empowerment/ riduzione carico emozionale).

E' garantita la presenza di:

- medico responsabile della struttura;
- medici specialisti;
- psicologi;
- assistenti sociali;
- infermieri;
- professionisti sanitari della riabilitazione;
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale per 20 posti letto; per nuclei con numero di posti letto inferiori a 20, il personale è comunque proporzionato al numero di posti inferiore a 20.

L'attività medica non è inferiore a 15 minuti/die/paziente. Presso ogni struttura, comprendente uno o più nuclei, deve essere presente un medico che garantisca la guardia medica nelle ore notturne e festive con abilitazione BLSD (Basic Life Support & Defibrillation) e ILS (Immediate Life Support) in riferimento ai nuclei per l'età adulta e PBLSD (Pediatric Basic Life Support & Defibrillation) in riferimento ai nuclei per l'età evolutiva.

Per il nucleo dell'età adulta, i professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741- D.M. 27 luglio 2000; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742 - D.M. 27 luglio 2000; terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56 - D.M. 27 luglio 2000; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n.136 - D.M. 27 luglio 2000;

educatore professionali ex D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 - D.M. 27 luglio 2000) non possono essere tra loro intercambiabili; l'assistenza garantita dal suddetto personale non dovrà essere inferiore ai minuti al giorno per paziente riportati nelle tabelle precedenti.

Per il nucleo dell'età evolutiva, i professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741- D.M. 27 luglio 2000; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742 - D.M. 27 luglio 2000; terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56 - D.M. 27 luglio 2000; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n.136 - D.M. 27 luglio 2000; educatore professionali ex D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 - D.M. 27 luglio 2000) possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia di disabilità prevalentemente trattata e per esigenze di turnazione, fermo restando il numero complessivo di 3 unità; l'assistenza garantita dal suddetto personale non dovrà essere inferiore a 109 minuti al giorno per paziente.

Nel modulo dedicato all'età evolutiva le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l'età evolutiva.

I minuti assistenza per paziente riferiti allo Psicologo e all'Assistente sociale vanno erogati facendo riferimento al fabbisogno settimanale.

L'assistenza infermieristica è assicurata sulle 24 ore per un minimo di 72 minuti/die/paziente. Nei nuclei dedicati all'età evolutiva, fermo restando che il numero degli infermieri è pari a 3 per nucleo, per poter garantire un turno completo, l'assistenza infermieristica h 24 sarà assicurata mediante l'utilizzo del personale infermieristico assegnato ai diversi nuclei dedicati all'età evolutiva. Qualora il nucleo sia organizzato su più piani la presenza dell'infermiere sulle 24 ore deve essere garantita per ciascun piano. Gli operatori socio-sanitari devono garantire assistenza per non meno di 95 minuti/die/paziente nel nucleo per l'età adulta e per non meno di 72 minuti/die/paziente nel nucleo per l'età evolutiva. 72 minuti pro/die a paziente. Nei nuclei dedicati all'età evolutiva, fermo restando che il numero degli OSS è pari a 3 per nucleo, per poter garantire un turno completo, l'assistenza OSS h 24 sarà assicurata mediante l'utilizzo del personale operatore socio-sanitario assegnato ai diversi nuclei dedicati all'età evolutiva. Qualora il nucleo sia organizzato su più piani la presenza dell' OSS sulle 24 ore deve essere garantita per ciascun piano.

10.3 REQUISITI SPECIFICI PER UN MODULO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE RIABILITATIVA DI MANTENIMENTO RIABILITATIVO (per disabili ad ALTA complessità assistenziale sanitaria) - TIPOLOGIA DI PAZIENTE 1

10.3.1 REQUISITI SPECIFICI STRUTTURALI

Sono confermati i requisiti descritti nell'art. 9.1 Requisiti minimi strutturali.

10.3.2 REQUISITI SPECIFICI TECNOLOGICI

Oltre ai requisiti indicati nell'art.9.2 Requisiti minimi tecnologici devono essere presenti:

- letti elettrici articolati con sponde e ruote (per il 50% dei posti residenza) e che si possano abbassare fino a 40 cm;
- sistema di chiamata/allarme, inclusi quelli per tetraplegici a succhio-soffio o con bottone;
- materassi antidecubito ad alta tecnologia per tutti i posti residenza (se a camere d'aria alternanti, deve essere prevista la possibilità di sgonfiaggio veloce per il massaggio cardiaco);
- almeno 10 per n. 20 p.l. apparecchi per saturimetria transcutanea;
- almeno 4 per n. 20 p.l. bronco-aspiratori portatili con sistema a batteria ricaricabile;
- almeno 6 apparecchi per n. 20 p.l. per aerosolterapia;
- almeno n.1 macchina per la tosse;
- almeno 2 ventilatori di diversa tipologia (AutoCPap, BiLevel, pressovolumetrici);
- disponibilità di monitoraggio pressorio, emogasanalisi.

Ulteriore strumentazione tecnologica per assistenza respiratoria, nutrizionale per via parenterale o PEG e per infusioni continue di terapia e.v. sono assicurate agli ospiti anche attraverso i servizi distrettuali delle ASL ai sensi della normativa vigente.

Inoltre, devono prevedersi per ogni 20 posti letto:

- N.4 posti letto dotati di monitoraggio delle funzioni vitali con possibilità di ventilazione meccanica.

10.3.3 REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI

È garantita, per ogni paziente, la predisposizione del Progetto riabilitativo individuale con gli specifici programmi e i tempi di realizzazione previsti. Le attività sotto elencate sono finalizzate al mantenimento delle abilità acquisite ed alla prevenzione della regressione funzionale:

- riabilitazione delle funzioni motorie e sensoriali;
- riabilitazione delle funzioni cardio-respiratorie;
- riabilitazione delle funzioni vescico-sfinteriche;
- riabilitazione delle funzioni digestive (disfagia, deglutizione);
- riabilitazione delle funzioni cognitive/comportamentali e del linguaggio;
- formazione del caregiver;
- presa in carico del nucleo familiare (informazione/formazione/empowerment/riduzione carico emozionale).

E' garantita la presenza di:

- medico responsabile della struttura;
- medici specialisti;
- psicologi;
- assistenti sociali;
- infermieri;
- professionisti sanitari della riabilitazione;
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale per 20 posti letto; per nuclei con numero di posti letto inferiori a 20, il personale è comunque proporzionato al numero di posti inferiori a 20.

L'attività medica non è inferiore a 15 minuti/die/paziente. Presso ogni struttura, comprendente uno o più nuclei, deve essere presente un medico che garantisca la guardia medica nelle ore notturne e festive con abilitazione BLSD (Basic Life Support & Defibrillation) e ILS (Immediate Life Support) in riferimento ai nuclei per l'età adulta.

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741- D.M. 27 luglio 2000; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742 - D.M. 27 luglio 2000) non possono essere tra loro intercambiabili; l'assistenza garantita dal suddetto personale non dovrà essere inferiore ai minuti al giorno per paziente riportati nella relativa tabella.

I minuti assistenza per paziente riferiti allo Psicologo e all'Assistente sociale vanno erogati facendo riferimento al fabbisogno settimanale.

L'assistenza infermieristica è assicurata sulle 24 ore per un minimo di 72 minuti/die/paziente.

Gli operatori socio-sanitari devono garantire assistenza per non meno di 72 minuti pro/die a paziente.

10.4 REQUISITI SPECIFICI PER UN MODULO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE RIABILITATIVA DI MANTENIMENTO RIABILITATIVO - TIPOLOGIA DI PAZIENTE 2

10.4.1 REQUISITI SPECIFICI STRUTTURALI

Sono confermati i requisiti descritti nell'art. 9.1 Requisiti minimi strutturali.

10.4.2 REQUISITI SPECIFICI TECNOLOGICI

Si confermano i requisiti indicati nell'art.9.2 Requisiti minimi tecnologici.

10.4.3 REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI

È garantita, per ogni paziente, la predisposizione del Progetto riabilitativo individuale con gli specifici programmi e tempi di realizzazione previsti. Le attività sotto elencate sono finalizzate al mantenimento delle abilità acquisite ed alla prevenzione della regressione funzionale:

- mantenimento/riabilitazione delle funzioni motorie e sensoriali;
- mantenimento/riabilitazione delle funzioni cardio-respiratorie;
- mantenimento/riabilitazione delle funzioni vescico-sfinteriche;
- mantenimento/riabilitazione delle funzioni digestive (disfagia, deglutizione);
- mantenimento/riabilitazione delle funzioni cognitive/comportamentali e del linguaggio;
- potenziamento delle autonomie personali e promozione di attività di socializzazione, culturale e di formazione;
- presa in carico del nucleo familiare (informazione/formazione/empowerment/riduzione caemozionale).

E' garantita la presenza di:

- medico responsabile della struttura;
- medici specialisti;
- psicologi;
- assistenti sociali;
- infermieri;
- professionisti sanitari della riabilitazione;
- educatori professionali;
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale per 20 posti letto; per nuclei con numero di posti letto inferiori a 20, il personale è comunque proporzionato al numero di posti inferiore a 20.

*cfr. Documento "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" del Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema - Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza

1 unità di medico = contratto a 38 ore

1 unità di altre figure professionali = contratto a 36 ore

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

I minuti di assistenza paziente sono comprensivi dei minuti di terapia riabilitativa

L'attività medica non è inferiore a 15 minuti/die/paziente. Presso ogni struttura, comprendente uno o più nuclei, deve essere presente un medico specialista in riabilitazione che garantisca la guardia medica nelle ore notturne e festive.

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741- D.M. 27 luglio 2000; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742 - D.M. 27 luglio 2000; terapisti occupazionali ex D.M. 17 gennaio 1997, n.136 - D.M. 27 luglio 2000; educatori professionali ex D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 - D.M. 27 luglio 2000) non possono essere tra loro intercambiabili; l'assistenza garantita dal suddetto personale non dovrà essere inferiore ai minuti al giorno per paziente riportati nella relativa tabella.

Gli educatori professionali (ex D.M 8 Ottobre 1998 - D.M. 27 Luglio 2000) dovranno garantire un carico

orario non inferiore a 12 minuti a paziente.

L'assistenza infermieristica è assicurata per un minimo di 36 minuti/die/paziente.

Gli operatori socio-sanitari devono garantire assistenza per non meno di 72 minuti pro/die a paziente.

I minuti assistenza per paziente riferiti allo Psicologo e all'Assistente sociale vanno erogati facendo riferimento al fabbisogno settimanale.

10.5 REQUISITI SPECIFICI PER UN MODULO DI ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE RIABILITATIVA ESTENSIVA PER L'ETA' EVOLUTIVA

10.5.1 REQUISITI SPECIFICI STRUTTURALI

Sono confermati i requisiti descritti nell'art. 9.1 Requisiti minimi strutturali.

10.5.2 REQUISITI SPECIFICI TECNOLOGICI

Sono confermati i requisiti descritti nell'art. 9.2 Requisiti minimi tecnologici.

10.5.3 REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI

La struttura eroga prestazioni in regime semiresidenziale per 5-6 giorni alla settimana e per almeno 280 giorni all'anno.

La durata di permanenza dell'assistito presso la struttura deve essere di 5-8 ore giornaliere comprensive del pasto.

È garantita, per ogni paziente, la predisposizione del Progetto Riabilitativo Individuale con gli specifici programmi tempi di realizzazione previsti:

- riabilitazione delle funzioni motorie e sensoriali;
- riabilitazione delle funzioni cardio-respiratorie;
- riabilitazione delle funzioni vescico-sfinteriche;
- riabilitazione delle funzioni digestive (disfagia, deglutizione);
- riabilitazione delle funzioni cognitive/comportamentali e del linguaggio;
- formazione del caregiver;
- presa in carico del nucleo familiare (informazione/formazione/empowerment/riduzione emozionale).

E' garantita la presenza di:

- medico responsabile della struttura;
- medici specialisti;
- psicologi;
- assistenti sociali;
- infermieri;
- professionisti sanitari della riabilitazione;
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale per 20 posti; per nuclei con numero di posti letto inferiori a 20, il personale è comunque proporzionato al numero di posti inferiore a 20.

L'attività medica non è inferiore a 15 minuti/die/paziente.

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741- D.M. 27 luglio 2000; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742 - D.M. 27 luglio 2000; terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56 - D.M. 27 luglio 2000; terapista occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n.136 - D.M. 27 luglio 2000; educatore professionali ex D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 - D.M. 27 luglio 2000) possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla

tipologia di disabilità prevalentemente trattata e per esigenze di turnazione, fermo restando il numero complessivo di 7 unità; l'assistenza garantita dal suddetto personale non dovrà essere inferiore a 109 minuti al giorno per paziente.

Le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l'età evolutiva ed è indispensabile il medico specialista in neuropsichiatria infantile.

L'assistenza infermieristica è assicurata per un minimo di 15 minuti/die/paziente.

Gli operatori socio-sanitari devono garantire assistenza per non meno di 30 minuti pro/die a paziente.

I minuti assistenza per paziente riferiti allo Psicologo e all'Assistente sociale vanno erogati facendo riferimento al fabbisogno settimanale.

10.6 REQUISITI SPECIFICI PER UN NUCLEO DI ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE DI MANTENIMENTO PER L'ETA' ADULTA

10.6.1 REQUISITI SPECIFICI STRUTTURALI

Sono confermati i requisiti descritti nell'art. 9.1 Requisiti minimi strutturali, eccetto che per la presenza del locale per rieducazione neuropsicomotoria.

10.6.2 REQUISITI MINIMI E SPECIFICI TECNOLOGICI

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

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

Devono essere presenti:

a - posti semiresidenziale

- 1 sollevatore pazienti elettrico con diverse tipologie di imbragature;
- almeno 1 carrozzina ogni 2 posti, parte standard con ruote grandi posteriori (dimensioni varie) e con tavolino avvolgente per carrozzina;
- 1 sistema pesapersona per disabili;
- disponibilità di cuscini antidecubito;
- apparecchi per aerosol terapia;

b - Attrezzature per la valutazione in fisioterapia

- dispositivi per valutazioni dinamometriche
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità motorie;
- apparecchio per saturimetria transcutanea;
- cronometri;

c - Dotazioni per il trattamento in fisioterapia

- lettini per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 100 minimi x 200 x 44/85h);
- sollevatore elettrico con diverse tipologie di imbragatura (fasce, amaca standard ed amaca conpoggiatesta) in grado di sollevare il paziente dal piano-pavimento;
- standing ad altezza variabile;
- materassini per cinesiterapia a pavimento (o piano materasso grande);
- parallele ad altezza variabile;
- specchi a muro per cinesiterapia (non quadrettati);

- specchi per cinesiterapia su ruote;
- bilance con quadrante basso;
- scala modulare per rieducazione motoria;
- ausili vari per la deambulazione (bastoni, tripodi, etc.);
- piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva;
- serie di sussidi per l'esercizio terapeutico manipolativo funzionale;
- serie di ausili per il rinforzo muscolare;
- spalliera svedese;
- serie di bastoni per cinesiterapia;
- cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme;
- 1 maxicilindro (cm 100x85 dim);
- sgabelli ad altezza regolabile;
- carrello portausili per cinesiterapia a più ripiani;
- sedie e sgabelli vari;
- apparecchio elettrostimolatore per muscolatura normale e denervata
- apparecchio per terapia antalgica

d - Dotazioni per la valutazione e il trattamento in logopedia

- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione del linguaggio, della voce, della sordità, delle turbe neuropsicologiche e della deglutizione. La dotazione testistica deve essere appropriata per le valutazioni dedicate alla tipologia dell'utenza.
- sussidi manuali ed elettronici per il trattamento dei disturbi del linguaggio, i disturbi della voce, della sordità, delle turbe neuropsicologiche e dei disturbi della deglutizione. La dotazione strumentale deve essere appropriata per il trattamento in età evolutiva e adolescenziale (solo per i nuclei dedicati a queste età), nell'adulto e nell'anziano.
- la dotazione minima per l'ambiente dedicato alla logopedia deve prevedere anche:
 - Tavolo con due sedie
 - Armadi per riporre strumenti e materiali

e - Dotazioni per la valutazione in terapia occupazionale

- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità, interessi lavorativi e capacità lavorative residue, funzioni psico-intellettive, capacità fisiche ed esecutive. La dotazione testistica deve essere appropriata per le valutazioni dedicate alla tipologia dell'utenza.

f - Dotazioni per il trattamento in terapia occupazionale

- sussidi manuali ed elettronici per il recupero di abilità nell'ambito delle autonomie personali, strumentali e lavorative. La dotazione strumentale deve essere appropriata per il trattamento nell'adulto. La dotazione minima dell'ambiente dedicato alla terapia occupazionale deve prevedere:
 - Pannello a parete posizionabile ad altezze variabili con sussidi per la simulazione di attività quotidiane
 - Sussidi da tavolo per la simulazione di attività quotidiane
 - Giochi con pedine, dadi o altre forme in metallo o legno per gesti finalizzati a incrementare la concentrazione, la memoria, le abilità finimotorie, il coordinamento oculomotorio le capacità sensoriali.
 - Tavolo per la terapia occupazionale regolabile in altezza e con piano inclinabile, dotato di sistema di ancoraggio del braccio e della mano per il miglior controllo posturale della testa e del tronco.
 - Armadi per riporre strumenti e materiali

10.6.3 REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI

La struttura eroga prestazioni in regime semiresidenziale per 5-6 giorni alla settimana e per almeno 280 giorni all'anno.

La durata di permanenza dell'assistito presso la struttura deve essere di 5-8 ore giornaliere comprensive del pasto.

È garantita, per ogni paziente, la predisposizione del Progetto Riabilitativo Individuale con gli specifici programmi e tempi di realizzazione previsti:

- riabilitazione delle funzioni motorie e sensoriali;
- riabilitazione delle funzioni cardio-respiratorie;
- riabilitazione delle funzioni vescico-sfinteriche;
- riabilitazione delle funzioni digestive (disfagia, deglutizione);
- riabilitazione delle funzioni cognitive/comportamentali e del linguaggio;
- formazione del caregiver;
- presa in carico del nucleo familiare (informazione/formazione/empowerment/riduzione carico emozionale).

E' garantita la presenza di:

- medico responsabile della struttura;
- medici specialisti;
- psicologi;
- assistenti sociali;
- infermieri;
- professionisti sanitari della riabilitazione;
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale per 20 posti; per nuclei con numero di posti letto inferiori a 20, il personale è comunque proporzionato al numero di posti inferiore a 20.

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741- D.M. 27 luglio 2000; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742 - D.M. 27 luglio 2000; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n.136 - D.M. 27 luglio 2000; educatore professionali ex D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 - D.M. 27 luglio 2000) possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia di disabilità prevalentemente trattata e per esigenze di turnazione, fermo restando il numero complessivo di 5 unità; l'assistenza garantita dal suddetto personale non dovrà essere inferiore a 90 minuti al giorno per paziente.

L'assistenza infermieristica è assicurata per un minimo di 6 minuti/die/paziente.

Gli operatori socio-sanitari devono garantire assistenza per non meno di 30 minuti pro/die a paziente.

I minuti assistenza per paziente riferiti al medico specialista, allo Psicologo e all'Assistente sociale vanno erogati facendo riferimento al fabbisogno settimanale.

Art.11

Requisiti per l'accreditamento dei presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali

Il presente capo disciplina i requisiti che i Presidi extraospedalieri di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale devono possedere per accedere all'accreditamento istituzionale.

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

OBIETTIVO 1 - SISTEMA DI GESTIONE

11.1.1 Politica, obiettivi e piano di attività.

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

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

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

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

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

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

11.1.2 Obiettivi della struttura sanitaria

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

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

11.1.3 Obiettivi generali

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

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

11.1.4 Obiettivi specifici

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

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

Essi debbono inoltre:

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

e) essere sottoposti a valutazione periodica per verificare in quale misura sono stati raggiunti.

Il piano di attività deve, in particolare, comprendere:

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

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

11.1.5 Diffusione - Condivisione - Motivazione

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

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

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

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

11.1.6 Risorse umane

Nelle organizzazioni sanitarie il personale rappresenta un elemento primario nei vari processi di produzione ed erogazione di prestazioni e servizi. Le attività sanitarie, per loro natura, non sono sempre

standardizzabili in quanto l'ambito discrezionale del contributo professionale è sempre presente in relazione al livello di responsabilità ed in grado quindi di influenzare il risultato, quando il contributo professionale ai processi produttivi di una organizzazione rappresenta una variabile così rilevante, la sua gestione assume inevitabilmente valenza strategica. Di conseguenza, nelle strutture sanitarie, la scelta di professionalità adeguate e gli strumenti necessari per gestirle, rappresentano un aspetto molto rilevante per l'organizzazione dei servizi.

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

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

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

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

11.1.7 Controllo del sistema per misurazioni

Procedure per il controllo e adeguamento del sistema di misurazione del servizio sono previste per provare validità e affidabilità di tutte le misure incluse inchieste e questionari di soddisfazione dell'utente. La struttura prevede punti di misura e frequenze di misurazione per la rappresentazione dell'andamento nel tempo e stabilisce le responsabilità della misurazione.

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

11.1.8 Miglioramento della qualità

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

Il fine prioritario della politica sanitaria della Regione Puglia è la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, in termini di equità, d'accesso, umanizzazione delle cure, gestione del rischio clinico, qualità della vita, soddisfazione dell'utente e uso appropriato delle risorse, anche sulla base di rapporti costi-efficacia.

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

I soggetti pubblici e privati hanno la responsabilità di garantire e migliorare sistematicamente la buona qualità dell'assistenza fornita ai pazienti, attraverso adeguate politiche di miglioramento. Le attività di miglioramento continuo della qualità sono definite come "insieme di attività e di misurazioni integrate e progettate ai vari livelli nell'organizzazione sanitaria, che tende a garantire ed a migliorare di continuo la

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.1.9 Obiettivi del miglioramento

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

Gli obiettivi del miglioramento sono:

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

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

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

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

11.1.10 Metodologia di raccolta suggerimenti utenti

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

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

11.1.11 Metodologie di confronto con comitati od associazioni

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

OBIETTIVO 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI

11.2.1 La carta dei servizi

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

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

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

- a) imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi;
- b) piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;

- c) definizione di standard e assunzione di impegni da parte dell'amministrazione locale rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
- d) organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei diritti dei cittadini;
- e) ascolto delle opinioni e dei giudizi, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità e strumenti di partecipazione e coinvolgimento.

11.2.2 Struttura della carta dei servizi

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

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

11.2.3 Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

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

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

11.2.4 Continuità assistenziale

L'organizzazione della struttura deve progettare ed implementare i processi di continuità per coordinare l'assistenza dei singoli pazienti tra le varie articolazioni organizzative. La definizione delle responsabilità e delle modalità per il passaggio in cura contribuisce a migliorare la continuità, il coordinamento, la soddisfazione del paziente, la qualità e potenzialmente anche gli esiti. A tal fine la struttura deve:

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

11.2.5 Gestione della documentazione

La documentazione, che descrive il sistema gestionale e operativo, rappresenta l'evidenza oggettiva della struttura organizzativa e tecnica; aderisce alla sua realtà operativa, e per seguirne l'evolversi, è

organizzata in maniera flessibile con gerarchia di contenuti ed articolata in differenti livelli, che individuano i rispettivi destinatari e le modalità di distribuzione.

11.2.6 Struttura della documentazione

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

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

11.2.7 Controllo della documentazione

La documentazione che dispone prescrizioni generali e specifiche per l'erogazione del servizio deve essere leggibile, datata (includere le date di revisione), chiara ed identificabile. In funzione della tipologia di documento, sono fissati metodi per controllare l'emissione, la distribuzione e la revisione.

I metodi di cui sopra assicurano che i documenti siano:

- a) approvati dal personale autorizzato;
- b) emessi e resi disponibili nelle aree dove l'informazione è necessaria;
- c) compresi e accettati da parte di coloro che devono utilizzarli;
- d) facilmente rintracciabili;
- e) esaminati per ogni necessaria revisione;
- f) ritirati o distrutti quando superati.

11.2.8 Approvazione ed emissione dei documenti

I documenti e i dati, prima dell'emissione, sono verificati e approvati da personale autorizzato ai fini della loro adeguatezza.

Un elenco generale, preparato e reso disponibile, o altra equivalente forma di controllo, indica lo stato di revisione dei documenti in vigore per impedire l'utilizzo di quelli non più validi o superati.

Il sistema di controllo, di cui sopra assicura che:

- a) siano disponibili i documenti necessari in tutti i luoghi ove si svolgono le attività essenziali per garantire la qualità del servizio;
- b) siano prontamente rimossi da tutti i centri di emissione o di utilizzazione documenti non validi ovvero superati, per evitare un loro uso indesiderato;
- c) siano identificati i documenti superati e conservati per motivi legali e di conservazione delle conoscenze.

11.2.9 Distribuzione dei documenti modificati

La distribuzione dei documenti modificati è curata dalla funzione che li ha emessi e sottoposti a modifica, ovvero dal responsabile incaricato dell'archiviazione e gestione; la stessa funzione garantisce l'eliminazione dei documenti superati.

La distribuzione da parte dell'emittente può arrivare fino al trasferimento della documentazione ai responsabili di altre funzioni, i quali provvedono alla distribuzione interna, garantendone l'attribuzione di responsabilità e la rintracciabilità.

11.2.10 Gestione del dato

Il sistema di gestione del dato è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito al fine di:

- a) sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi della struttura;
- b) fornire il ritorno informativo alle articolazioni organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza;
- c) rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovraordinati.

I dati di origine generati dallo svolgimento delle attività sono definiti e coerenti con gli obiettivi della struttura, per garantire che le informazioni generate siano oggettive ed attendibili.

La struttura della gestione del dato è dotata di un sistema informativo per la corretta gestione dei documenti che dispone prescrizioni generali e specifiche allo svolgimento delle attività finalizzate all'erogazione del servizio.

A tale scopo, la direzione assicura:

- a) l'individuazione dei bisogni informativi della organizzazione;
- b) la struttura del sistema informativo (e cioè la sua identificazione e la sua articolazione);
- c) la diffusione della documentazione presso le funzioni interessate;
- d) le modalità di raccolta dei dati relativi alle attività svolte;
- e) la valutazione della qualità del dato (riproducibilità, accuratezza, completezza);
- f) la diffusione ed utilizzo delle informazioni generate dall'elaborazione dei dati.

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

11.2.11 Registrazione dei dati

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

11.2.12 Motivazione delle registrazioni

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

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

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

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

11.2.13 Conservazione dei documenti

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

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

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

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

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

11.2.14 Verifica dei risultati

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

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

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

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

11.2.15 Valutazione dei risultati e del servizio da parte dell' organizzazione

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

La valutazione di cui sopra verifica:

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

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

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

11.2.16 Criteri di registrazione dei dati

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

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

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

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

OBIETTIVO 3 - ASPETTI STRUTTURALI

11.3.1 Idoneità all'uso della struttura

L'organizzazione sanitaria deve essere in grado di offrire ai propri pazienti, ai loro familiari, al personale e ai visitatori una struttura sicura. Per raggiungere quest'obiettivo è necessaria una gestione della struttura, degli impianti volta a ridurre, controllare, prevenire i rischi e i pericoli e mantenere condizioni di sicurezza.

Pertanto, l'organizzazione, indipendentemente dalle dimensioni e dalle risorse proprie di ciascuna, è tenuta ad osservare la legislazione, la normativa e ogni altro requisito cogente applicabile che determinano il modo in cui una struttura è progettata e mantenuta in efficienza. La Direzione deve conoscere la legislazione, la normativa e i requisiti applicabili e inserire a bilancio, pianificare e implementare tutte le attività volte a soddisfare i requisiti di legge.

A tal fine la struttura deve:

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

11.3.2 Gestione delle attrezzature

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

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

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

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

11.3.3 Programmazione degli acquisti di attrezzature

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

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

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

11.3.4 Inventario delle attrezzature

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

- a) soddisfare gli obblighi di legge;
- b) disporre di dati riassuntivi;
- c) permettere la rintracciabilità delle attrezzature biomediche;
- d) fare le analisi per stabilire dei criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici, tenendo conto dell' obsolescenza del parco macchine e delle singole tipologie di apparecchiature biomediche.

Le informazioni raccolte e rese disponibili sia in forma aggregata per l'intero parco macchine, sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzatura, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione: acquisto, noleggio, leasing, donazione, in service. Le apparecchiature temporaneamente disattivate sono immagazzinate, protette, verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire che i requisiti di precisione, accuratezza e validità, siano soddisfatti al momento del riutilizzo.

11.3.5 Manutenzione

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

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

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

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

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

E' importante che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo dello strumento e conservata in modo da essere

facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione per la sua attività.

11.3.6 Manutenzione preventiva e controlli di funzionalità e sicurezza

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

Il piano di manutenzione per le apparecchiature biomediche deve:

- a) identificare tutte le apparecchiature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati riconosciuti nazionali. In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;
- b) definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- c) definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- d) identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;
- e) conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche;
- f) assicurare che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo;
- g) assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;
- h) evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicarne il controllo funzionale e di sicurezza.

11.3.7 Archivio manutenzioni eseguite

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

OBIETTIVO 4 - COMPETENZE DEL PERSONALE

11.4.1 Formazione

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

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

11.4.2 Inserimento, affiancamento, addestramento

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

Le necessità di addestramento sono programmate tenendo presente:

- a) i tempi necessari al raggiungimento dei requisiti e delle abilità richieste;
- b) il turn over del personale;
- c) la numerosità dello stesso.

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

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

11.4.3 Formazione e aggiornamento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBIETTIVO 5 - COMUNICAZIONE

11.5.1 Comunicazione

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

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

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

La comunicazione deve essere efficace per informare su:

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

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

- a) criteri espliciti di erogazione delle prestazioni;
- b) informazione alla persona e ai famigliari sulla codifica di gravità assegnata;
- c) identificazione di un operatore referente;
- d) indicazione dei tempi e luoghi per effettuare l'informazione.

Se necessario, la struttura deve prevedere il coinvolgimento degli utenti nel percorso clinico e la partecipazione alla definizione del percorso assistenziale.

11.5.2 Comunicazione interna

La comunicazione interna garantisce che i principi, gli obiettivi che si prefigge e quanto la struttura pianifica per raggiungerli, siano condivisi, per il coinvolgimento, la motivazione e l'aumento del senso di appartenenza degli operatori.

La direzione istituisce specifiche figure di riferimento, in modo che il personale svolga correttamente e con alto grado di motivazione le attività assegnate per:

- a) assicurare che siano compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità;
- b) curare che ciascuno sia consapevole di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito all'utente;
- c) verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza (validità e

affidabilità) nella misurazione;

- d) accertare periodicamente la motivazione del personale nel provvedere alla qualità del servizio (questionari, reclami, suggerimenti);
- e) evidenziare al personale il grado di raggiungimento degli obiettivi di qualità;
- f) raccogliere suggerimenti, favorire opportunità di incontro per analizzare le criticità e proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza ed efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;
- g) verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza a tutto il personale.

La comunicazione all'interno della struttura prevede momenti di coordinamento e di integrazione per la predisposizione di un ambiente di lavoro, che migliori i rapporti di collaborazione e cooperazione per la soluzione dei problemi.

I metodi di comunicazione possono comprendere:

- a) incontri informativi della direzione;
- b) riunioni per scambi di informazioni;
- c) informazioni documentate;
- d) mezzi informatici.

OBIETTIVO 6 - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

11.6.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze

Un'organizzazione deve essere in grado di fornire interventi efficaci nel rispetto delle preferenze individuali e dei valori culturali e sociali di ogni paziente. Sono disponibili in letteratura evidenze che possono guidare le organizzazioni nell'implementare strategie e metodi che possono essere utilizzati per fornire cure e servizi appropriati ed efficaci. Le linee guida ed i protocolli adottati dagli operatori devono essere utilizzati in relazione alle specifiche condizioni organizzative della propria realtà operativa. Ogni struttura organizzativa ne predispone una raccolta ed il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili. Le organizzazioni devono garantire inoltre che i professionisti sanitari valutino le evidenze disponibili nei processi di definizione dei percorsi assistenziali e attivino percorsi di miglioramento laddove necessario. Le strutture devono effettuare una valutazione sistematica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni evidenziandone gli scostamenti rispetto alle evidenze disponibili e identificando gli ambiti di miglioramento.

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- a) la presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della evidence based medicine;
- b) l'accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida;
- c) l'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili;
- d) il coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati;
- e) la valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessario.

11.6.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi

Per gestione della sicurezza s'intende l'applicazione e lo sviluppo di strutture e processi che, sulla base delle evidenze scientifiche, siano in grado di prevenire e ridurre i rischi all'interno di una struttura.

La sicurezza in un'organizzazione sanitaria è pertanto la gestione integrata del rischio ambientale, del rischio operatore e del rischio paziente:

- Rischio occupazionale: riguarda gli operatori, sanitari e non, nello svolgimento della loro attività lavorativa. Questi rischi sono generalmente classificati in rischio fisico, chimico e biologico;
- Rischio “non clinico”: sono problemi di sicurezza. In generale, ad esempio eventi catastrofici, rischi finanziari;
- Rischio clinico: riguarda i pazienti, fa riferimento alla possibilità per gli stessi di essere danneggiati in relazione al trattamento sanitario.

I tre tipi di rischio sono tra loro strettamente connessi, pertanto è necessario prevedere una gestione integrata dei tre livelli di rischio; ciò implica da un lato la conoscenza dei fattori di rischio comuni e dall'altro l'adozione di strumenti di analisi, gestione e monitoraggio e di strategie integrate.

L'organizzazione deve elaborare un piano per la qualità e sicurezza declinato nei tre ambiti sopra descritti ovvero un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione.

11.6.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi.

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

La gestione degli eventi avversi comprende: l'identificazione e segnalazione degli eventi avversi mediante un sistema strutturato, le analisi e le valutazioni per comprendere come e perché l'evento avverso è accaduto e per identificare eventuali misure preventive e l'implementazione di un piano di azione; una procedura per la comunicazione aperta e trasparente con i pazienti ed i loro familiari, forme di definizione stragiudiziale dei contenziosi.

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- a) l'esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di near miss, eventi avversi ed eventi sentinella;
- b) la partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;
- c) l'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safety walkround);
- d) la presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio;
- e) l'applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la sicurezza;
- f) la definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;
- g) la presenza di un Piano di formazione;
- h) l'adozione di metodologie proattive per la valutazione dei rischi.

11.6.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

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

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

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

L'implementazione di ogni progetto di cambiamento deve essere accompagnato dal monitoraggio e

dalla valutazione al fine di individuare le migliori esperienze e le: buone pratiche da mettere in disposizione e diffondere nel SSN.

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- a) lo sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività;
- b) la produzione e diffusione di buone pratiche;
- c) la garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi;
- d) la presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.

7 PROCESSI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE

11.7.1 Programmi e progetti di miglioramento

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

11.7.2 Mantenimento dei miglioramenti acquisiti

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

11.7.3 Continuità del miglioramento

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

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

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

Art.12

Determinazione del fabbisogno

Il fabbisogno di prestazioni dei presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste è stabilito in misura pari ai posti residenziali e semiresidenziali autorizzati all'esercizio ed accreditati alla data di entrata in vigore del presente regolamento, fatti salvi i posti letto occupati da pazienti ricoverati nell'ex Istituto Ortofrenico di Bisceglie e di Foggia ed i posti letto riconvertiti a seguito delle preintese sottoscritte con le strutture private accreditate che erogano prestazioni in regime di ricovero e recepite con Deliberazione di Giunta regionale 15 aprile 2014, n. 683, riconvertiti così come riportato di seguito:

1. 2 presidi di riabilitazione funzionale per l'età evolutiva comprendenti ciascuno non più di 1 nucleo specializzato per ognuna tipologia d'intensità di cura in regime residenziale.

I posti residenziali attualmente occupati da pazienti in età evolutiva, previa valutazione dei stessi pazienti, saranno convertiti in nuclei di assistenza sanitaria residenziale riabilitativa intensiva ed estensiva per l'età evolutiva di cui al presente regolamento. L'eccedenza, rispetto al predetto fabbisogno, dei posti attualmente occupati dai pazienti di cui sopra derivanti dall'esclusione da detto

regime assistenziale dovrà essere riconvertita in:

- Posti residenziali per adulti di cui ai seguenti punti 2, 3 e 4 del presente articolo;
- Pacchetti di prestazioni ambulatoriali con durata fino a 4 ore erogate dai presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste;
- prestazioni di riabilitazione domiciliare di cui al R.R. n.16/2010 e s.m.i.
- posti residenziali di strutture di cui al R.R. n.14/2014.

2. 25% dei posti residenziali attualmente autorizzati all'esercizio ed accreditati convertiti in nuclei di assistenza residenziale riabilitativa intensiva;

3. 40% dei posti residenziali attualmente autorizzati all'esercizio ed accreditati convertiti in nuclei di assistenza residenziale riabilitativa estensiva;

4. 35% dei posti residenziali attualmente autorizzati all'esercizio ed accreditati convertiti in nuclei di assistenza residenziale di mantenimento riabilitativo (per disabili ad alta complessità assistenziale sanitaria - tipologia di paziente 1 e 2);

5. posti semiresidenziali attualmente autorizzati all'esercizio ed accreditati convertiti, tenuto conto della valutazione dei pazienti in carico presso le strutture, in nuclei di assistenza semiresidenziale riabilitativa estensiva per l'età evolutiva, in nuclei di assistenza semiresidenziale riabilitativa di mantenimento per l'età adulta o in pacchetti di prestazioni ambulatoriali con durata fino a 4 ore erogate dai presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste.

Si specifica che i posti residenziali e semiresidenziali autorizzati all'esercizio ed accreditati alla data di entrata in vigore del presente regolamento che, ai sensi di quanto precisato ai predetti punti 1 e 5 del presente articolo, saranno riconvertiti in:

- Pacchetti di prestazioni ambulatoriali con durata fino a 4 ore erogate dai presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste,
- prestazioni di riabilitazione domiciliare di cui al R.R. n.16/2010 e s.m.i.,
- posti residenziali di strutture di cui al R.R. n.14/2014

gli stessi saranno decurtati nel numero dal totale degli attuali posti residenziali e semiresidenziali.

In riferimento ai soli posti semiresidenziali riconvertiti in nuclei per la fase di mantenimento, qualora la condizione del paziente presente nel nucleo di assistenza sanitaria semiresidenziale riabilitativa estensiva per l'età evolutiva richieda il passaggio al nucleo per la fase di mantenimento, accertato che il predetto nucleo sia stato attivato nel presidio di Riabilitazione ai sensi del presente regolamento ed accertato che nello stesso nucleo i posti autorizzati ed accreditati sono tutti occupati, su proposta della struttura è possibile aumentare il numero dei posti mediante diminuzione dei rispettivi posti del nucleo semiresidenziale per l'età evolutiva.

Il rispetto delle percentuali di cui ai precedenti punti 1), 2), 3), 4) e 5) del presente articolo sarà correlato al numero dei posti letto già autorizzati ed accreditati che formeranno oggetto di apposite preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore, nel rispetto del fabbisogno regionale, e che saranno oggetto di successivo provvedimento.

Il numero dei posti letto occupati da pazienti ricoverati nell'ex Istituto Ortofrenico di Bisceglie e di Foggia alla data di promulgazione del presente regolamento saranno riconvertiti in nuclei di assistenza residenziale di mantenimento riabilitativo ad esaurimento.

Autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio ed accreditamento

I presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste sono soggetti all'autorizzazione alla realizzazione, all'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento secondo le procedure e nei termini stabiliti dalla L.R. 28 maggio 2004, n. 8 e s.m.i., in relazione al fabbisogno definito dal presente Regolamento.

In ogni caso, nella domanda di autorizzazione all'esercizio ciascun presidio di riabilitazione funzionale deve indicare le tipologie ed il numero dei nuclei per i quali richiede l'autorizzazione.

Art.14

Verifiche e sanzioni

Le verifiche sul rispetto delle disposizioni di legge, sul possesso e sulla permanenza dei requisiti generali e di quelli strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi specifici per i presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste sono effettuate dai Dipartimenti di Prevenzione, ai sensi della L.R. 28 maggio 2004, n. 8 e s.m.i., per il tramite del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

Le cause di decadenza dell'autorizzazione, oltre al mancato adeguamento e permanenza alle disposizioni di cui al presente Regolamento, sono quelle previste dall'art. 10 della L. R. 28 maggio 2004, n. 8 e s.m.i..

Per quanto attiene il regime sanzionatorio, si rinvia a quanto espressamente disciplinato in materia dall'art.15 della L. R. 28 maggio 2004, n. 8 e s.m.i..

Art.15

Norme transitorie

I presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste autorizzati precedentemente all'entrata in vigore del presente Regolamento si intendono inclusi nel fabbisogno regionale, tenuto conto anche dei processi di riclassificazione in nuclei specializzati per una o più tipologie d'intensità di cura e per una fascia di età (evolutiva, adulta), che si potrebbero determinare a seguito dell'adeguamento ai requisiti definiti nel presente Regolamento.

I presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste già autorizzati ed accreditati dalla Regione Puglia alla data di entrata in vigore del presente Regolamento, ai fini della conferma dell'autorizzazione e dell'accreditamento, possono riconvertire i posti residenziali e semiresidenziali già autorizzati ed accreditati nel rispetto del fabbisogno di cui al precedente art. 12.

A tal fine il piano di riconversione, nel rispetto del fabbisogno regionale di cui al precedente art. 12, sarà oggetto di apposite preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore da parte del Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle pari Opportunità, e che sarà approvato da parte della Giunta regionale.

A far data dall'approvazione del piano di riconversione, entro i successivi 60 giorni i singoli erogatori presentano alla Regione Puglia istanza di conferma e/o di riconversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, con la specifica indicazione del numero e tipologia di nuclei di assistenza così come previsti nel presente regolamento, con le modalità previste dalla L.R. n.8/2004 e s.m.i. ed i successivi atti regolamentari della stessa.

In caso di conferma, l'istanza dovrà contenere in autocertificazione la dichiarazione del possesso dei requisiti di cui al presente regolamento. In caso di riconversione l'istanza dovrà contenere un piano di

adeguamento da attuare con espresso impegno all'adeguamento entro i limiti temporali stabiliti nel presente articolo.

In riferimento ai posti residenziali e semiresidenziali eccedenti la riconversione di cui al precedente art.12, punto 1) e 5) si specifica che:

- la riconversione in a) Pacchetti di prestazioni ambulatoriali con durata fino a 4 ore erogate dai presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste, b) prestazioni di riabilitazione domiciliare di cui al R.R. n.16/2010 e s.m.i., c) posti residenziali di strutture di cui al R.R. n.14/2014, sarà oggetto di apposite preintese così come disciplinate dal presente articolo.

I presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste già autorizzati ed accreditati dalla Regione Puglia alla data di entrata in vigore del presente Regolamento, devono adeguarsi ai requisiti di cui al presente Regolamento nei termini di seguito indicati a far data dalla approvazione del piano di riconversione da parte della Giunta regionale:

a) entro 18 mesi per i requisiti organizzativi e tecnologici minimi e specifici;

b) entro 5 anni per i requisiti strutturali minimi e specifici.

In deroga al precedente punto b), i presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste già accreditate e verificate per i requisiti strutturali del R.R. n.3/2005, ovvero in possesso di appositi provvedimenti regionali di accreditamento, non si adeguano ai requisiti strutturali del presente regolamento.

In deroga al precedente punto b), i presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste accreditate ai sensi dei commi 2 e 3 dell'art.12, L.R. n.4/2010, ovvero accreditate ex lege previa presentazione di istanza contenente l'autocertificazione circa il possesso dei requisiti strutturali previsti dal R.R. n.3/2005, a cui non è ancora seguita verifica da parte del Dipartimento di Prevenzione, se all'atto della verifica non dimostrano di avere i requisiti strutturali del R.R. n.3/2005 devono adeguarsi ai requisiti strutturali del presente regolamento, nel rispetto del termine previsto al precedente punto b).

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

La mancata presentazione della domanda di conferma e/o di riconversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento o il mancato adeguamento ai requisiti di cui al presente regolamento nei termini indicati nel presente articolo comporta la decadenza dell'autorizzazione e dell'accreditamento e la conseguente chiusura dell'esercizio.

Nel periodo di transizione, che va dalla data di approvazione del piano di riconversione da parte della Giunta regionale alla data di adozione dei provvedimenti regionali di conferma e/o di riconversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, i presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste già autorizzati ed accreditati dalla Regione Puglia alla data di entrata in vigore del presente Regolamento manterranno il numero e la tipologia di prestazioni per cui sono già autorizzate all'esercizio ed accreditate con le relative tariffe vigenti alla stessa data.

Art.16

Norma di rinvio

Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento, si rinvia alla normativa regionale vigente in materia, ed in particolare alla L. R. 8/2004 e s.m.i. e al Regolamento Regionale n. 3/2005 e s.m.i. per la sezione A "Requisiti generali", ed alla normativa nazionale vigente in materia.

Per le strutture ammesse alla deroga di cui al precedente art. 15, punto b), nei limiti di quanto previsto

nello stesso art.15, si rinvia ai requisiti strutturali di cui alla sezione D.01 “Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali” del Regolamento regionale 13 gennaio 2005, n.3.

Art.17

Norma abrogativa

Il presente Regolamento abroga e sostituisce il punto a) della sezione A dell’art.1 del Regolamento regionale 2 marzo 2006, n.3.

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 16 aprile 2015

VENDOLA