

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 24 dicembre 2012, n. U00434

requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale conseguente al processo di riordino di cui al DPCA n. 39 del 20 marzo 2012. Modifica al cap. 4.2. del DPCA n. 8/2011 ed integrale sostituzione dei cap. 3.4 e 7.2. del DPCA n. 8/2011

OGGETTO: requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale conseguente al processo di riordino di cui al DPCA n. 39 del 20 marzo 2012. Modifica al cap. 4.2 del DPCA n. 8/2011 ed integrale sostituzione dei cap. 3.4 e 7.2 del DPCA n. 8/2011;

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modifiche ed integrazioni;

PRESO ATTO che, con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, la Presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, è stata nominata Commissario *ad acta* per la prosecuzione del piano di rientro del disavanzo sanitario della Regione Lazio, secondo i programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191;

PRESO ATTO che con Delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 è stato conferito al Presidente pro tempore della Regione Lazio l'incarico di Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario;

DATO ATTO che con Delibera del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2011 il Dott. Giuseppe Antonino Spata è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

DATO ATTO altresì che con Delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 è stato riformulato il mandato conferito al Presidente pro-tempore della Regione Lazio quale Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario, sono state rimodulate le funzioni del Sub Commissario e ripartite tra il dott. Giuseppe Antonino Spata ed il Sub Commissario Dott. Gianni Giorgi;

PRESO ATTO che con Delibera del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012 il dott. Enrico Bondi è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario e sono stati confermati i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente pro-tempore della Regione Lazio con delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012;

VISTA la Legge 11 marzo 1988, n. 67 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005), con particolare riferimento all'art. 20 "Disposizioni in materia sanitaria";

VISTO il D.L.gs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTE le Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione, approvate in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 7 maggio 1998;

VISTA la Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

VISTO il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”;

VISTO il D.P.C.M. 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;

VISTA la Legge 30 dicembre 2004, n. 311 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)” ed, in particolare, l’art.1, comma 180 che ha previsto per le regioni interessate, qualora si verificasse una situazione di squilibrio economico – finanziario, l’obbligo di procedere ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore al triennio;

VISTA l’Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che in attuazione della legge finanziaria dello Stato pone in capo alla Regione:

- l’impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera con l’obiettivo, tra l’altro, del raggiungimento degli standard nazionali relativi alla dotazione di posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione (art.4);
- l’obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull’indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l’equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l’anno di riferimento (art. 6);
- la stipula - in relazione a quanto disposto dall’art. 1 comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 - di un apposito accordo con i Ministri dell’Economia e della Salute che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art. 8);

VISTA l’Intesa suddetta che, nell’Allegato 1, al Punto 2, lett. e) stabilisce che le Regioni debbano “mantenere l’erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA (D.P.C.M. 29/11/2001, art. 54, L. n. 289 del 27/12/2002 e art. 1, comma 169, L. n.311 del 30/12/2004)”;

VISTA la Legge 27 dicembre 2006, n. 296 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)” e, in particolare, l’art.1, comma 796, lett. b) che ha istituito per il triennio 2007 – 2009 il Fondo transitorio per le regioni con disavanzi elevati, subordinando l’accesso allo stesso alla sottoscrizione di un apposito accordo, tra i Ministri della Salute, dell’Economia e Finanze e la Regione interessata, ai sensi dell’art.1, comma 180, della L. n. 311/04, accordo comprensivo di uno specifico piano di rientro, contenente tra l’altro le misure per l’azzeramento del disavanzo entro il 2010;

VISTA l’Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, concernente il Nuovo Patto per la Salute 2010 – 2012, con la quale, all’art. 13 comma 14, si stabilisce che per le Regioni già sottoposte ai Piani di Rientro e già commissariate all’entrata in vigore delle norme attuative del medesimo Patto, restano fermi l’assetto commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo

programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

VISTA la Legge 3 marzo 2009, n. 18 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità”;

VISTO l’Accordo ai sensi dell’art. 4 del D.lgs. 28 agosto 1997, n. 217 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, del 10 febbraio 2011, sul documento concernente “Piano d’indirizzo per la riabilitazione”;

VISTA la Legge 12 novembre 2011 n. 183 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2012)”

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 15 febbraio 2000, n. 398 “Criteri e modalità per la richiesta di accreditamento provvisorio delle attività di riabilitazione erogate dalle strutture convenzionate con le Aziende Sanitarie del Lazio ex art. 26 L. 833/78”;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 10 maggio 2002, n. 583 “Attività riabilitativa estensiva e di mantenimento - Definizione della cartella clinica riabilitativa, degli standard di attività e di personale e del flusso informativo. Tariffe dell'attività riabilitativa nei diversi livelli assistenziali”;

VISTA la Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”;

VISTA la Legge regionale 28 dicembre 2006, n. 27 “Legge finanziaria regionale per l’esercizio 2007 (art.11, L.R. 20 novembre 2001, n.25)” e, in particolare, l’art. 8 concernente le misure di attuazione del Patto nazionale sulla salute;

VISTO il Regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 “Disposizioni relative alla verifica di compatibilità e al rilascio dell’autorizzazione all’esercizio, in attuazione dell’art. 5, comma 1, lett. b), della LR 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali)”;

VISTE le Deliberazioni della Giunta regionale

- ✓ 12 febbraio 2007, n. 66, concernente “Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio, ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004”
- ✓ 6 marzo 2007, n. 149, avente ad oggetto “Preso d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del “Piano di Rientro”;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 19 giugno 2007, n. 435 “Piano per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio - Criteri clinici di accesso ai trattamenti di riabilitazione in assistenza estensiva e di mantenimento in regime non residenziale”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 95 del 29 dicembre 2009 “Attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento - regime residenziale e semiresidenziale. Compartecipazione alla spesa (D.P.C.M. 29 novembre 2001)”che prevede, tra l’altro, l’istituzione di un gruppo tecnico di lavoro;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 51 del 1 luglio 2010 “Decreto del Commissario *ad acta* U0095/2009 “Attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento - regime residenziale e semiresidenziale. Compartecipazione alla spesa” (D.P.C.M. 29 novembre 2001). Decorrenza ed ulteriori disposizioni”;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 380 del 7 agosto 2010 “Decreti U0095/2009 e U0051/2010 - Concorso finanziario della Regione agli oneri sostenuti dai Comuni per la partecipazione alla spesa per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento – regime residenziale e semiresidenziale. Criteri e modalità.”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 17 del 9 marzo 2010 “Atto ricognitivo di cui al decreto commissariale n. U0096/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell’art. 2, comma 1, lett. A numero 1 della LR 4/2003”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 89 del 10 novembre 2010 “Definizione del fabbisogno assistenziale per i comparti riabilitativi di tipo estensivo e di mantenimento e dei criteri per l’accesso e la dimissione ai/dai regimi residenziale, semiresidenziale, non residenziale”;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 90 del 10 novembre 2010 “Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accreditementi delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso" (All. 3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3” e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 111 del 31 dicembre 2010 “Decreto del Commissario *ad Acta* n. 87/2009 recante "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 - 2012" - integrazioni e modifiche”;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 113 del 31 dicembre 2010 “Programmi Operativi 2011-2012”;

VISTO, altresì, il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 8 del 3 febbraio 2011 concernente: “ Modifica dell’Allegato 1 al decreto del Commissario *ad acta* 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R!, R2, R2D e R3. Approvazione testo integrato e coordinato denominato “requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie”;

VISTO, il DPCA n. 39 del 20 marzo 2012 concernente: “Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell’offerta assistenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale” ;

VISTA la DGR n. 316 del 28 giugno 2012 che recepisce gli accordi Stato – Regioni e Conferenza Unificata più rilevanti ai fini dell’erogazione dei LEA intervenuti nell’anno 2011 e, quindi, anche il Piano di indirizzo per la riabilitazione del 10.02.2011;

ATTESO che, tra gli obiettivi specifici individuati dal Piano di rientro e dai Programmi Operativi risultano individuate anche le misure e le iniziative da assumere ai fini della riduzione della spesa sanitaria e del raggiungimento di una maggiore appropriatezza delle prestazioni;

CONSIDERATO che, ai sensi del DPCA n. 39/2012, l’offerta territoriale per la non autosufficienza e la disabilità è graduata in trattamento intensivo, estensivo e di mantenimento e che a tali tipologie sono ricondotte le prestazioni erogabili nell’ambito di specifici nuclei assistenziali;

CONSIDERATO, altresì, che per ciò che concerne la disabilità, l’offerta delle prestazioni, ai fini del miglioramento dell’appropriatezza nell’erogazione degli interventi riabilitativi, può essere così articolata:

| Tipologia di trattamento | denominazione | destinatari |
|--------------------------|--|------------------------|
| Intensivo | Nucleo di riabilitazione residenziale intensiva | Persone con disabilità |
| Estensivo | Nucleo di riabilitazione residenziale estensiva | Persone con disabilità |
| | Nucleo di riabilitazione semiresidenziale estensiva | Persone con disabilità |
| Mantenimento | Nucleo residenziale socio-riabilitativo di mantenimento alto carico assistenziale | Persone con disabilità |
| | Nucleo residenziale socio-riabilitativo di mantenimento basso carico assistenziale | Persone con disabilità |
| | Nucleo semiresidenziale socio-riabilitativo di mantenimento alto carico assistenziale | Persone con disabilità |
| | Nucleo semiresidenziale socio-riabilitativo di mantenimento basso carico assistenziale | Persone con disabilità |

CONSIDERATO, inoltre, che l'offerta medesima può essere erogata, oltre che in regime residenziale e semiresidenziale anche in regime non residenziale: trattamenti in regime ambulatoriale e trattamenti in regime domiciliare;

RITENUTO necessario, procedere alla determinazione dei requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale conseguente al processo di riordino di cui al citato DPCA n. 39/2012;

CONSIDERATO che i nuovi requisiti autorizzativi introducono innovazioni anche in relazione ai requisiti organizzativi con riflessi occupazionali sulle strutture oggi operanti;

RITENUTO che, l'attività assistenziale erogata dagli OSS può essere garantita anche da OTA, ADEST, ausiliari e figure qualificate destinate all'assistenza a condizione che gli stessi abbiano svolto mansioni superiori di assistenza diretta alla persona, per almeno tre anni alla data di entrata in vigore del presente decreto, certificata dall'Azienda in cui prestano servizio e per i quali dovrà essere avviato specifico percorso formativo da svolgersi entro giugno 2015 con il rilascio di certificazione che attesti la riqualifica professionale ai sensi di quanto previsto dal presente decreto;

RITENUTO, altresì, necessario procedere alla determinazione delle relative tariffe delle diverse tipologie di trattamento per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale che verranno definite con ulteriore atto della Direzione Programmazione e Risorse del SSR;

PRESO ATTO delle consultazioni con le Associazioni di categoria, avvenute in data 11 e 29 ottobre 2012, riguardo l'emanando documento relativo ai requisiti minimi strutturali tecnologici ed organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;

RITENUTO, necessario, approvare il citato documento allegato "Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente Decreto, elaborato dalla competente Struttura regionale con il supporto tecnico di Laziosanità – ASP, che modifica il cap. 4.2 del DPCA n. 8/2011 ed integralmente sostituisce i cap. 3.4 e 7.2 del DPCA n. 8/2011;

DECRETA

per le motivazioni descritte in premessa, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento

- di approvare il citato documento allegato "Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale", elaborato dalla competente Struttura regionale con il supporto tecnico di Laziosanità – ASP, che modifica il cap. 4.2 del DPCA n. 8/2011 ed integralmente sostituisce i cap. 3.4 e 7.2 del DPCA n. 8/2011;

- di dare mandato alla competente Direzione regionale di avviare le procedure di riconfigurazione e rimodulazione con le strutture private accreditate che erogano prestazioni cosiddette ex art. 26 L. n. 833/78;

- dare mandato alla competente Direzione regionale di procedere alla determinazione delle relative tariffe delle diverse tipologie di trattamento per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio.

Enrico Bondi

ALLEGATO 1

**REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DELLE
STRUTTURE CHE EROGANO ATTIVITÀ RIABILITATIVA A PERSONE CON
DISABILITÀ FISICA, PSICHICA E SENSORIALE**

INDICE

4. Strutture che erogano trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale

4.2. Strutture che erogano trattamenti riabilitativi a persone con disabilità

4.2.1 Strutture riabilitative residenziali

4.2.1.a Requisiti strutturali

4.2.1.b Requisiti tecnologici

4.2.1.c Requisiti organizzativi

4.2.1.1 Nucleo residenziale di riabilitazione intensiva

4.2.1.1.a Requisiti strutturali

4.2.1.1.b Requisiti tecnologici

4.2.1.1.c Requisiti organizzativi

4.2.1.2 Nucleo residenziale di riabilitazione estensiva

4.2.1.2.a Requisiti strutturali

4.2.1.2.b Requisiti organizzativi

4.2.1.3 Nucleo residenziale socio-riabilitativo di mantenimento

4.2.1.3.a Requisiti organizzativi

4.2.2 Strutture riabilitative semiresidenziali

4.2.2.a Requisiti strutturali

4.2.2.b Requisiti tecnologici

4.2.2.c Requisiti organizzativi

4.2.2.1 Nucleo semiresidenziale di riabilitazione estensiva

4.2.2.1.a Requisiti organizzativi

4.2.2.2 Nucleo semiresidenziale socio-riabilitativo di mantenimento

4.2.2.2.a Requisiti organizzativi

4.2.3 Microstrutture riabilitative residenziali/semiresidenziali (6-12 posti)

4.2.3.1 Requisiti strutturali

4.2.3.2 Requisiti tecnologici

4.2.3.3 Requisiti organizzativi

8. Trattamenti riabilitativi Ambulatoriali e Domiciliari per persone con disabilità

8.1 Centri ambulatoriali di riabilitazione per persone con disabilità

8.1. a Requisiti strutturali

8.2. b Requisiti tecnologici

8.3. c Requisiti organizzativi

8.2 Trattamenti riabilitativi domiciliari per persone con disabilità

8.2.a Requisiti strutturali e tecnologici

8.2.b Requisiti organizzativi

REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI PER L'ESERCIZIO DELLE ATTIVITA' SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

I requisiti di carattere generale (strutturali, tecnologici e organizzativi) per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie sono definiti dal DPCA n. 8/2011 - Cap. 0.1; 0.2; 0.3.

Modifica al cap. 4.2. del DPCA n. 8/2011, il cap. 3.4 e 7.2 del DPCA n. 8/2011 vengono sostituiti dal cap. 8.0 Trattamenti riabilitativi ambulatoriali e domiciliari per persone con disabilità..

4. STRUTTURE CHE EROGANO TRATTAMENTI IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

4.2. Strutture che erogano trattamenti riabilitativi a persone con disabilità

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

All'interno delle singole strutture possono coesistere nuclei diversi, come individuati dal DPCA n. 39/2012: intensivo, estensivo, socio-riabilitativo di mantenimento.

4.2.1 Strutture riabilitative residenziali

4.2.1.a Requisiti strutturali

La capacità recettiva delle strutture di nuova realizzazione va da un minimo di 10 fino a un massimo di 60 posti residenza.

Tutte le strutture, comprese le preesistenti strutture riabilitative di grandi dimensioni, si articolano in nuclei che possono ospitare fino ad un massimo di 20 persone.

Qualora la struttura abbia in carico anche soggetti in età evolutiva, questi sono ospitati in nuclei dedicati.

L'attività riabilitativa residenziale può essere svolta in strutture autonome ovvero inserita all'interno di strutture che erogano attività riabilitativa anche in altri regimi assistenziali.

Standard dimensionali

Gli standard dimensionali cui riferirsi nella realizzazione 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 mq 40 per ospite;
- b) per le camere (bagno escluso):
 - mq 12 per una persona;
 - mq 18 per due persone;
 - mq 26 per tre persone;
 - mq 32 per quattro 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);
- d) nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni delle stesse sono accettabili misure in difetto non oltre il 20% degli standard di riferimento.

Area abitativa

Devono essere previsti:

- camere da 1 fino a 4 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;
- servizi igienici adeguati ai pazienti non autosufficienti con un rapporto di almeno 1 ogni 3 posti letto con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, diretto o immediatamente attiguo alla camera, dotato di lavandino, wc, doccia o vasca e, laddove possibile, bidet;
- almeno un armadio porta abiti ed un mobile basso (con funzione di comodino, scarpiera, idonei) per postoletto o comunque arredi compatibili con la patologia del paziente.

Servizi di nucleo

- locale soggiorno/gioco/TV/spazio collettivo;
- sala da pranzo anche plurinucleo;
- angolo cottura;
- locale di servizio per il personale con annessi servizi igienici;
- bagno assistito (è consentita l'installazione di docce per persone con disabilità in luogo delle vasche ospedaliere, in tal caso dovranno essere garantiti spazi idonei a consentire le manovre al personale di assistenza. Il bagno assistito non è richiesto qualora tutte le camere del nucleo siano fornite di bagno autonomo attrezzato per la non autosufficienza);
- armadi per la biancheria pulita;
- locale deposito materiale sporco, con vuotatoio e lavapadelle (anche articolato per piano);
- locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, etc. (anche articolato per piano).

Area destinata alla valutazione e alle terapie

Devono essere previsti:

- ambulatori o studi medici attrezzati per visite e valutazioni specifiche;
- locali per l'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione;
- palestra con attrezzature e presidi necessari per le specifiche attività riabilitative previste;
- locali per le attività di terapia occupazionale;
- medicheria per l'attività infermieristica.

Area della socializzazione

Devono essere presenti:

- servizi per l'assistenza religiosa e relativi locali,
- angolo bar, anche in comune con altri nuclei (in alternativa distributori automatici di alimenti e bevande);
- sale e soggiorni polivalenti;
- locali per servizi all'ospite (es.: barbiere, parrucchiere, podologo, lavanderia);
- servizi igienici 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.

Per le strutture preesistenti, qualora ciò non sia possibile, le aree verdi attrezzate possono collocarsi anche fuori dalla struttura, nelle vicinanze della stessa, fatta salva comunque la possibilità da parte degli assistiti di accedervi facilmente. In ogni caso, per una gestione adeguata degli ospiti nelle aree esterne, devono essere presenti procedure che stabiliscano puntualmente criteri di sorveglianza e di allarme.

Aree generali e di supporto

Devono essere previsti:

- ingresso con portineria, posta, telefono;
- uffici amministrativi;
- 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);
- magazzini;
- spogliatoi per il personale con annessi servizi igienici;
- deposito pulito;
- deposito sporco;
- camera mortuaria con sala dolenti, anche in convenzione.

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 un montalettighe e le dimensioni degli ascensori devono essere tali da garantire l'accesso almeno ad una carrozzina e un operatore.

Qualora la struttura sia collocata nell'ambito di complessi sanitari o socio-sanitari polifunzionali, 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. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

4.2.1.b Requisiti tecnologici

Nelle camere dell'area abitativa la temperatura non deve essere inferiore a 20°C nella stagione invernale e non deve essere superiore a 28°C nella stagione estiva.

In ogni struttura è presente ed 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:

- 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);
- apparecchio elettrostimolatore per muscolatura normale e denervata;
- 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);

- materiali e strumenti per la terapia occupazionale;
- telini ad alto scorrimento;
- barella-doccia.

In caso sia effettuata riabilitazione cardiorespiratoria, devono essere presenti, inoltre: saturimetri, frequenzimetri, cicloergometri e/o tapis roulant, fonte di O₂ e bombole portatili di ossigeno (con adeguato sistema di ricarica), attrezzatura per il drenaggio delle secrezioni bronchiali (tra cui ausili a pressione positiva), incentivatori (di flusso, di volume e di flusso-volume) e sistema telemetrico ECG per riabilitazione cardiologica.

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).

Qualora la struttura prenda in carico persone in età evolutiva, gli spazi devono essere adeguatamente attrezzati per le esigenze dei minori. Devono, inoltre, essere previsti spazi comuni utilizzabili dai minori con i genitori.

4.2.1.c Requisiti organizzativi

Deve essere disponibile il Progetto di Struttura in cui sono definite, *ex ante*, in particolare le caratteristiche, la *mission*, la dotazione organica con le figure professionali e relative specifiche competenze, le procedure utilizzate.

La direzione della struttura residenziale è affidata ad un medico specialista 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” (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, *Piano di indirizzo per la riabilitazione*, GU 2.3.2011, SG n. 50). Qualora l’offerta riabilitativa sia erogata anche in altri regimi assistenziali, egli può assumere la direzione delle diverse attività, in questo caso per ogni regime è previsto un medico responsabile con le stesse caratteristiche professionali. In caso di assenza o di impedimento temporanei le sue funzioni vengono assunte da un altro medico con le stesse caratteristiche professionali.

Il medico cui è affidata la direzione:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature 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;
- provvede all'aggiornamento delle metodiche;
- rilascia certificazioni agli aventi diritto.

Per ogni utente è:

- redatto il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), avendo come riferimento per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali, il modello bio-psico-sociale. Nel PRI sono esplicitati: gli obiettivi, le risorse, i tempi di trattamento, le modalità di realizzazione e le modalità di verifica, con l'indicazione degli strumenti standardizzati di valutazione;
- compilata la cartella clinica che deve contenere i dati relativi al paziente (anagrafici, operatori di riferimento, diagnosi, valutazione sociale), il PRI, la scheda infermieristica e quella relativa agli specifici programmi riabilitativi effettuati, i risultati degli strumenti di valutazione utilizzati, le verifiche con l'indicazione dei risultati raggiunti e la motivazione della chiusura del progetto; in cartella sono registrate le eventuali assenze dell'utente dalla struttura, con la relativa motivazione;
- assicurata la presa in carico.

Deve essere presente il Progetto di Struttura.

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, e la possibilità di esercitare il proprio credo in luoghi accessibili, appositamente adibiti.

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 con le qualità e i limiti previsti dal SSR per la generalità dei cittadini ai sensi della normativa vigente, anche attraverso i servizi distrettuali delle ASL.

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

Tutto il personale operante nella struttura residenziale è in possesso delle necessarie qualificazioni professionali e le attività sono erogate in maniera multidisciplinare integrata; la tipologia e il debito orario variano a seconda di quanto previsto specificatamente per i diversi nuclei di seguito descritti.

La struttura predispone un regolamento interno, da consegnare agli ospiti e ai familiari di riferimento al momento dell'ingresso il quale, oltre alle norme di salvaguardia dei principi organizzativi, deve contenere:

- 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 specifico addestramento 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 attraverso l'adesione al Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

4.2.1.1 Nucleo residenziale di riabilitazione intensiva

Il Nucleo residenziale di riabilitazione intensiva eroga trattamenti a persone con grave disabilità da esiti di grave cerebrolesione acquisita, compresi gli stati di responsività minimale che necessitano anche di cure mediche/infermieristiche complesse per il supporto alle funzioni vitali, nonché a persone con grave disabilità da esiti di lesione midollare traumatica/non traumatica, anche con insufficienza respiratoria grave e ventilazione meccanica invasiva.

I pazienti che accedono al nucleo residenziale intensivo sono in condizioni cliniche stabili, non richiedenti la presenza medica sulle 24 ore; si accede al nucleo secondo le modalità previste nel DPCA n. 39/12.

Il nucleo si colloca in strutture territoriali polifunzionali, anche monospecialistiche, in modo da garantire l'apporto interprofessionale e plurispecialistico necessario, nonché eventuali interventi medici al di fuori del parametro riportato nel paragrafo 4.2.1.1.c. È collegato funzionalmente a strutture per acuti tramite attivazione di specifici protocolli; è in collegamento con i Distretti sociosanitari di residenza degli utenti, al fine di garantire la continuità assistenziale.

4.2.1.1.a Requisiti strutturali

Il Nucleo è costituito da un minimo di 4 fino ad un massimo di 10 posti residenza.

Data la peculiarità dei pazienti ospitati e della tipologia di assistenza da garantire sono previsti, oltre ai requisiti già indicati al punto 4.2.1.a, i seguenti:

- almeno due posti letto dotati di monitoraggio delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica,
- una stanza con letto singolo per pazienti con specifiche necessità assistenziali (infettive, comportamentali,...),
- un bagno assistito per immersione totale in posizione supina,
- locale per consentire gli incontri paziente-familiari,
- locali adeguatamente attrezzati per lo svolgimento dei trattamenti riabilitativi.

Nelle camere va garantita, 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.

4.2.1.1.b Requisiti tecnologici

Oltre ai requisiti di cui al punto 4.2.1.b devono essere presenti:

- letti elettrici articolati trendelemburg e antitrendelemburg con sponde e ruote (per tutti i 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 (se a camere d'aria alternanti, deve essere prevista la possibilità di sgonfiaggio veloce per il massaggio cardiaco) (per tutti i posti residenza),
- apparecchi per saturimetria transcutanea (per tutti i posti residenza),
- bronco-aspiratori portatili con sistema a batteria ricaricabile (per tutti i posti residenza),
- macchina per la tosse,

- almeno 3 apparecchi per aerosolterapia,
- almeno 2 ventilatori di diversa tipologia (AutoCPap, BiLevel, pressovolumetrici),
- almeno 3 sollevatori con diversi tipi di imbracature, uno dei quali per obesi con bilancia incorporata,
- almeno 2 carrozzine con possibilità di reclinazione, basculamento e prolungamento dello schienale, con unità posturali modulari adattabili al paziente,
- 2 carrozzine chiudibili, di cui una con ruote grandi e una da transito, corredate da cuscini antidecubito,
- 2 deambulatori,
- un pesapersone per persone con disabilità,
- disponibilità di valutazioni neurofisiopatologiche, urodinamiche, monitoraggio pressorio, emogasanalisi.

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

4.2.1.1.c Requisiti 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, inclusa disassuefazione alla respirazione meccanica,
- riabilitazione delle funzioni vescico-sfinteriche,
- riabilitazione delle funzioni digestive (disfagia, deglutizione)
- riabilitazione delle funzioni cognitive/comportamentali e del linguaggio,
- addestramento del caregiver,
- presa in carico del nucleo familiare (*informazione/formazione/empowerment/riduzione carico emozionale*).

E' garantita la presenza di:

- medico responsabile, specialista in riabilitazione come inteso nel Piano di indirizzo per la riabilitazione (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, GU 2.3.2011, SG n. 50),
- 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 10 posti letto; per nuclei con numero di posti inferiore a 10, il personale è comunque pari a quello previsto per 10 p.l.

| Nucleo di riabilitazione residenziale intensiva | | |
|--|----------------------|-------------------------|
| Figura professionale | Ore settimana | Personale minimo |
| Medico | 38 | 1 |
| Infermiere | 180 | 5 |
| Psicologo/Assistente sociale | 20 | 0,53 |
| Professionista sanitario della riabilitazione | 144 | 4 |
| Operatore socio-sanitario | 180 | 5 |

L'attività medica non è inferiore a 30 minuti/die/paziente ed è comprensiva dell'accesso costante e programmato dei seguenti medici specialisti: internista, anestesista-rianimatore, otorinolaringoiatra, neurologo, dietologo, urologo, cardiologo, ortopedico, e ogni altro specialista che si dovesse rendere necessario secondo le specifiche esigenze dei pazienti presenti. Nelle ore di assistenza medica settimanale sopra indicata è compresa anche l'attività del medico responsabile che è pari, per un nucleo di 10 pazienti, a 18 ore settimanali.

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex *D.M. 14 settembre 1994 n. 741*; logopedista ex *D.M. 14 settembre 1994, n. 742*; terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex *D.M. 17 gennaio 1997, n. 56*; terapeuta occupazionale ex *D.M. 17 gennaio 1997 – D.M. 27 luglio 2000*; educatore professionale ex *D.M. 8 ottobre 1998 – D.M. 27 luglio 2000*) possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia di disabilità prevalentemente trattata.

Il debito orario dello Psicologo e dell'Assistente sociale è rapportato in maniera congrua alle specifiche necessità dell'utenza, fermo restando il numero di ore settimanali complessive indicate.

L'assistenza infermieristica è assicurata sulle 24 ore ed è superiore a 90 minuti/die/paziente; qualora il nucleo sia organizzato su più piani la presenza dell'infermiere sulle 24 ore deve essere garantita per ciascun piano.

Al fine di garantire una adeguata organizzazione del lavoro, devono essere individuati un coordinatore dei professionisti sanitari della riabilitazione ed un responsabile per il personale infermieristico e di assistenza.

4.2.1.2 Nucleo residenziale di riabilitazione estensiva

Il Nucleo residenziale di riabilitazione estensiva eroga trattamenti riabilitativi finalizzati al recupero funzionale in un tempo definito a persone con disabilità complessa nella fase di immediata post acuzie e/o riacutizzazione della malattia.

4.2.1.2.a Requisiti strutturali

I requisiti strutturali sono quelli previsti al punto 4.2.1.a

4.2.1.2.b Requisiti organizzativi

I requisiti organizzativi previsti al punto 4.2.1.c sono integrati dai seguenti.

E' garantita la presenza di:

- medico responsabile, specialista in riabilitazione come inteso nel Piano di indirizzo per la riabilitazione (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, GU 2.3.2011, SG 50
- medici specialisti, correlati alla tipologia di disabilità prevalentemente trattata,
- medici consulenti,
- psicologo,
- professionisti sanitari della riabilitazione,
- assistente sociale,
- infermieri,
- operatori socio sanitari dedicati all'assistenza

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale per 60 posti letto.

| Nucleo di riabilitazione residenziale estensiva | | |
|--|----------------------|-------------------------|
| Figura professionale | Ore settimana | Personale minimo |
| Medico | 96 | 2,53 |
| Infermiere | 216 | 6 |
| Psicologo/Assistente sociale | 36 | 0,95 |
| Professionista sanitario della riabilitazione | 360 | 10 |
| Operatore socio-sanitario | 612 | 17 |

Nelle ore di assistenza medica settimanale sopra indicata è compresa anche l'attività del responsabile medico che, per 60 pazienti, non può essere inferiore a 38 ore settimanali.

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex *D.M. 14 settembre 1994 n. 741*; logopedista ex *D.M. 14 settembre 1994, n. 742*; terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex *D.M. 17 gennaio 1997, n. 56*; terapeuta occupazionale ex *D.M. 17 gennaio 1997 – D.M. 27 luglio 2000*; educatore professionale ex *D.M. 8 ottobre 1998 – D.M. 27 luglio 2000* e gli infermieri possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia di disabilità prevalentemente trattata.

Al fine di garantire una adeguata organizzazione del lavoro, deve essere individuato un coordinatore delle attività.

Il debito orario dello Psicologo e dell'Assistente sociale è rapportato in maniera congrua alle specifiche necessità dell'utenza, fermo restando il numero di ore settimanali complessive indicate.

In caso siano presenti minori, le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l'età evolutiva ed è indispensabile il medico specialista in neuropsichiatria infantile.

4.2.1.3 Nucleo residenziale socio-riabilitativo di mantenimento

Il nucleo residenziale socio-riabilitativo di mantenimento eroga trattamenti a persone con grave disabilità, clinicamente stabilizzate, non assistibili a domicilio e che necessitano di azioni finalizzate ad evitare l'aggravamento e favorire l'autonomia nella vita quotidiana. In relazione alla differente complessità assistenziale degli ospiti, il nucleo socio-riabilitativo di mantenimento è definito ad alto o a basso carico assistenziale.

4.2.1.3.a Requisiti organizzativi

I requisiti organizzativi previsti al punto 4.2.1.c sono integrati dai seguenti.

E' garantita la presenza di:

- medico responsabile, specialista in riabilitazione come inteso nel Piano di indirizzo per la riabilitazione (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, GU 2.3.2011, SG n. 50),
- medici specialisti, correlati alla tipologia di disabilità prevalentemente trattata,
- infermieri,
- professionisti sanitari della riabilitazione,
- psicologi,
- assistenti sociali,
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.

Lo standard minimo sotto riportato, è riferito all'attività assistenziale per 60 posti letto.

| Nucleo residenziale socio-riabilitativo di mantenimento | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Figura professionale | Alto Carico assistenziale | | Basso Carico assistenziale | |
| | Ore settimanale | Personale minimo | Ore settimana | Personale minimo |
| Medico | 60 | 1,58 | 32 | 0,84 |
| Infermiere | 216 | 6 | 180 | 5 |
| Psicologo/Assistente sociale | 18 | 0,47 | 8 | 0,21 |
| Professionista sanitario della riabilitazione | 216 | 6 | 108 | 3 |
| Operatore socio-sanitario | 648 | 18 | 576 | 16 |

Nelle ore di assistenza medica settimanale sopra indicata è compresa anche l'attività del responsabile medico che, per 60 pazienti, non può essere inferiore, rispettivamente a 38 ore (alto carico assistenziale) e 30 ore settimanali (basso carico assistenziale).

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742; terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997 – D.M. 27 luglio 2000; educatore professionale ex D.M. 8 ottobre 1998 – D.M. 27 luglio 2000) e gli infermieri possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia della disabilità prevalentemente trattata.

Al fine di garantire una adeguata organizzazione del lavoro, deve essere individuato un coordinatore delle attività.

Il debito orario dello Psicologo e dell'Assistente sociale è rapportato in maniera congrua alle specifiche necessità dell'utenza, fermo restando il numero di ore settimanali complessive indicate.

In caso siano ospitati minori, le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l'età evolutiva ed è indispensabile il medico specialista in neuropsichiatria infantile.

L'organizzazione del nucleo deve garantire all'ospite anche:

- un ambiente il più possibile simile alla comunità di provenienza per orari e ritmi di vita, nonché la personalizzazione del proprio spazio residenziale;
- la socializzazione, anche con l'apporto del volontariato e di altri organismi esterni, utilizzando anche le risorse del contesto territoriale in cui è ubicata la struttura, al fine di garantire la migliore qualità di vita possibile dell'ospite;
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al progetto ovvero delle persone che, al di fuori dei rapporti di parentela, intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo.

4.2.2. Strutture di riabilitazione semiresidenziale

4.2.2.a Requisiti strutturali

L'attività può essere svolta in strutture autonome ovvero inserita all'interno di strutture che erogano attività riabilitativa anche in altri regimi assistenziali.

Devono essere previsti:

- locali per accertamenti psicodiagnostici, valutazioni e visite mediche;
- locali per specifiche attività riabilitative;
- in caso di attività di gruppo, locale palestra con attrezzature e presidi necessari per le specifiche attività riabilitative previste; il locale palestra ha una dimensione non inferiore a 35 mq per attività riferite a 5 pazienti trattati contemporaneamente; per ogni paziente oltre i cinque, la superficie della palestra deve essere aumentata di almeno 5 mq;
- locali spogliatoio/guardaroba per gli utenti anche in comune con altri U.O.;
- servizi igienici per gli utenti, attrezzati per la disabilità;
- locali per attività pedagogico-educativa, occupazionale, addestramento professionale, tempo libero, di superficie non inferiore a 3 mq per ospite;

- spazi di soggiorno-relax, dotati di poltrone reclinabili, di superficie non inferiore a 3 mq per ospite;
- cucinetta.

Qualora nella struttura non venga svolta altra attività riabilitativa in regime residenziale e/o ambulatoriale, devono essere previsti anche:

- uno spazio per attesa;
- un locale per accoglienza e per attività amministrative;
- un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'équipe;
- spogliatoi e servizi igienici per il personale;
- aree verdi attrezzate, accessibili alle persone con disabilità, all'interno del complesso. Per le strutture preesistenti, qualora ciò non sia possibile, le aree verdi attrezzate possono collocarsi anche fuori dalla struttura, nelle vicinanze della stessa, fatta salva comunque la possibilità da parte degli utenti di accedervi facilmente;
- un locale per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici;
- un locale deposito del materiale sporco.

4.2.2.b Requisiti tecnologici

Devono essere disponibili e accessibili:

- 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 dei medici specialisti e degli altri operatori della riabilitazione.

Devono essere presenti:

- attrezzature per la riabilitazione motoria (es.: letti per fisioterapia movimentabili, articolati e ad altezza variabile, cuscini, tappeti, cunei, parallele, cilindri, palloni di diverse dimensioni);
- apparecchi elettrostimolatori per la muscolatura normale e denervata;
- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva e neuropsicologica (materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, materiali semistrutturati didattico/educativi con supporto cartaceo e/o informatico, etc.);
- materiali e strumenti per la riabilitazione logopedia;
- materiali e strumenti per la terapia occupazionale;
- carrello per la gestione delle emergenze/urgenze dotato di attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e la rianimazione cardiopolmonare [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.

In caso sia effettuata riabilitazione cardiorespiratoria, devono essere presenti inoltre: defibrillatore, saturimetri, frequenzimetri, cicloergometri e/o *tapis roulant*, fonte di O₂ e bombole portatili di ossigeno (con adeguato sistema di ricarica), attrezzatura per il drenaggio delle secrezioni bronchiali (tra cui ausili a pressione positiva), incentivatori (di flusso, di volume e di flusso-volume) e sistema telemetrico ECG per riabilitazione cardiologica.

La struttura rende disponibili tutti i presidi necessari, non strettamente personali, ad ospiti non deambulanti e non autosufficienti (es.: carrozzine da interno, deambulatori, sollevatori).

Qualora la struttura prenda in carico persone in età evolutiva, gli spazi devono essere adeguatamente attrezzati per le esigenze dei minori.

4.2.2.c Requisiti organizzativi

Deve essere disponibile il Progetto di Struttura in cui sono definite, *ex ante*, in particolare le caratteristiche, la *mission*, la dotazione organica con le figure professionali e relative specifiche competenze, le procedure utilizzate.

L'orario di apertura non è inferiore a 36 ore settimanali, da suddividere in 5 o 6 giorni.

La durata di permanenza presso la struttura di ciascun ospite non può essere inferiore a 6 ore, comprensive della prima colazione e del pasto.

Qualora la struttura prenda in carico minori, le attività per questi ultimi devono essere specificatamente organizzate e dedicate.

La direzione della struttura semiresidenziale è affidata ad un medico specialista 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”* (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, *Piano di indirizzo per la riabilitazione*, GU 2.3.2011, SG n. 50). Qualora l'offerta riabilitativa sia erogata anche in altri regimi assistenziali, egli può assumere la direzione delle diverse attività, in questo caso per ogni regime assistenziale è previsto un medico responsabile con le stesse caratteristiche professionali.

In caso di assenza o di impedimento temporanei del direttore responsabile, le sue funzioni vengono svolte da un altro medico con le stesse caratteristiche professionali .

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;
- coordina il lavoro del personale operante nella struttura;
- è responsabile della predisposizione per ciascun paziente del Progetto Riabilitativo Individuale e della sua regolare erogazione;
- è responsabile della registrazione delle cartelle cliniche degli utenti, del loro aggiornamento e dell'archiviazione;
- vigila sull'aggiornamento tecnologico e formativo in funzione delle disabilità trattate e delle necessità identificate dall'équipe;
- provvede all'aggiornamento delle metodiche;

- è responsabile delle segnalazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente e del rispetto delle norme di sicurezza nei confronti del personale e degli utenti;
- rilascia certificazioni agli aventi diritto.

La struttura deve predisporre un regolamento interno, da consegnare agli ospiti agli ospiti e ai familiari di riferimento al momento dell'avvio del percorso riabilitativo, il quale deve contenere, oltre alle norme di salvaguardia dei principi organizzativi:

- la dotazione del personale con le rispettive attribuzioni/compiti;
- le norme igienico sanitarie;
- le finalità ed i metodi riabilitativi;
- l'organizzazione delle attività all'interno della struttura;
- le modalità di raccolta dei reclami e/o suggerimenti per il miglioramento della qualità della struttura.

L'organizzazione deve garantire all'ospite:

- 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.

Per ogni ospite è:

- redatto il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), avendo come riferimento per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali, il modello bio-psico-sociale. Nel PRI sono esplicitati: gli obiettivi, le risorse, i tempi di trattamento, le modalità di realizzazione e le modalità di verifica, con l'indicazione degli strumenti standardizzati di valutazione;
- compilata la cartella clinica che deve contenere i dati relativi al paziente (anagrafici, operatori di riferimento, diagnosi, valutazione sociale), il PRI, i risultati degli strumenti di valutazione utilizzati, la scheda relativa agli specifici programmi riabilitativi effettuati, le verifiche con l'indicazione dei risultati raggiunti e la motivazione della chiusura del progetto; in cartella sono registrate le presenze dell'utente e le eventuali assenze con la relativa motivazione;
- garantita la presa in carico.

È assicurata alla famiglia una adeguata informazione e partecipazione.

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

Tutto il personale operante nella struttura semiresidenziale è in possesso delle necessarie qualificazioni professionali e le attività sono erogate in maniera multidisciplinare integrata; la tipologia e il debito orario variano a seconda di quanto previsto specificatamente per i diversi nuclei, di seguito descritti.

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

Il debito informativo nei confronti della Regione è assolto attraverso l'adesione al Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

4.2.2.1 Nucleo semiresidenziale di riabilitazione estensiva

Il Nucleo residenziale di riabilitazione estensiva eroga trattamenti riabilitativi finalizzati al recupero funzionale in un tempo definito a persone con disabilità complessa nella fase di immediata post acuzie e/o riacutizzazione della malattia.

4.2.2.1.a Requisiti organizzativi

I requisiti organizzativi generali previsti al punto 4.2.2.c sono integrati dai seguenti. E' garantita la presenza di:

- medico responsabile, specialista in riabilitazione come inteso nel Piano di indirizzo per la riabilitazione (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, GU 2.3.2011, SG n. 50),
- medici specialisti, correlati alla tipologia di disabilità prevalentemente trattata,
- infermieri,
- psicologi,
- professionisti sanitari della riabilitazione,
- assistenti sociali,
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale per 60 posti.

| Nucleo di riabilitazione semiresidenziale estensiva | | |
|--|----------------------|-------------------------|
| Figura professionale | Ore settimana | Personale minimo |
| Medico | 66 | 1,74 |
| Infermiere | 144 | 4 |
| Psicologo/Assistente sociale | 36 | 0,95 |
| Professionista sanitario della riabilitazione | 360 | 10 |
| Operatore socio-sanitario | 252 | 7 |

Nelle ore di assistenza medica settimanale sopra indicata è compresa anche l'attività del responsabile medico che, per 60 pazienti, non può essere inferiore a 38 ore settimanali.

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742; terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997 – D.M. 27 luglio 2000; educatore professionale ex D.M. 8 ottobre 1998 – D.M. 27 luglio 2000) e gli infermieri possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia della disabilità prevalentemente trattata.

Al fine di garantire una adeguata organizzazione del lavoro, deve essere individuato un coordinatore delle attività.

Il debito orario dello Psicologo e dell'Assistente sociale è rapportato in maniera congrua alle specifiche necessità dell'utenza, fermo restando il numero di ore settimanali complessive indicate.

Qualora sia presenti minori, le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l'età evolutiva ed è indispensabile il medico specialista in neuropsichiatria infantile.

4.2.2.2 Nucleo semiresidenziale socio-riabilitativo di mantenimento

Il nucleo semiresidenziale socio-riabilitativo di mantenimento eroga trattamenti a persone con grave disabilità, clinicamente stabilizzate, che necessitano di azioni di recupero finalizzate ad evitare l'aggravamento e favorire l'autonomia nella vita quotidiana, ma non assistibili a domicilio.

In relazione alla differente complessità assistenziale, il nucleo semiresidenziale socio-riabilitativo di mantenimento è definito ad alto o a basso carico assistenziale.

4.2.2.2.a Requisiti organizzativi

I requisiti organizzativi previsti al punto 4.2.2.c sono integrati dai seguenti.

E' garantita la presenza di:

- medico responsabile, specialista in riabilitazione come inteso nel Piano di indirizzo per la riabilitazione (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, GU 2.3.2011, SG n. 50),
- medici specialisti, correlati alla tipologia di disabilità prevalentemente trattata,
- infermieri,
- psicologi,
- assistenti sociali,
- professionisti sanitari della riabilitazione,
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale per 60 posti.

| Nucleo semiresidenziale socio-riabilitativo di mantenimento | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Figura professionale | Alto carico assistenziale | | Basso carico assistenziale | |
| | Ore settimanale | Personale minimo | Ore settimana | Personale minimo |
| Medico | 54 | 1,42 | 42 | 1,11 |
| Infermiere | 72 | 2 | 36 | 1 |
| Psicologo/Assistente sociale | 20 | 0,53 | 20 | 0,53 |
| Professionista sanitario della riabilitazione | 180 | 5 | 144 | 4 |
| Operatore socio-sanitario | 216 | 6 | 216 | 6 |

Nelle ore di assistenza medica settimanale sopra indicata è compresa anche l'attività del responsabile medico che, per 60 pazienti, non può essere inferiore, rispettivamente a 36 ore (alto carico assistenziale) e 24 ore settimanali (basso carico assistenziale).

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742; terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997 – D.M. 27 luglio 2000; educatore professionale ex D.M. 8 ottobre 1998 – D.M. 27 luglio 2000) e gli infermieri possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla disabilità prevalentemente trattata.

Al fine di garantire una adeguata organizzazione del lavoro, deve essere individuato un coordinatore delle attività.

Il debito orario dello Psicologo e dell'Assistente sociale è rapportato in maniera congrua alle specifiche necessità dell'utenza, fermo restando il numero di ore settimanali complessive indicate.

Qualora siano presenti minori, le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l'età evolutiva ed è indispensabile il medico specialista in neuropsichiatria infantile.

E' assicurata, inoltre:

- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al Progetto Riabilitativo dell'utente ovvero delle persone che, al di fuori dei rapporti di parentela, intrattengano con il paziente relazioni di carattere affettivo;
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, utilizzando anche le risorse del contesto territoriale in cui è ubicata la struttura.

4.2.3 Microstrutture residenziali/semiresidenziali (6-12 posti)

L'attività socio-riabilitativa di mantenimento residenziale e semiresidenziale può essere erogata anche in strutture collocate in contesti residenziali urbani (microstrutture), che vanno da 6 a 12 posti. I principi che ispirano la gestione delle microstrutture sono quelli della dimensione "familiare" in grado di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali promuovendone la salute attraverso l'adozione del modello bio-psico-sociale.

4.2.3.a Requisiti strutturali

Le microstrutture devono possedere i seguenti requisiti:

- caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana; almeno una stanza multifunzione dedicata al personale per i colloqui, le riunioni e le specifiche attività sanitarie, per i materiali d'uso ed i dispositivi medici;
- collocazione in un contesto residenziale urbano che faciliti i processi di socializzazione.

Nel caso in cui l'attività riabilitativa in microstruttura rappresenti una delle tipologie di offerta di una struttura che preveda l'erogazione di attività riabilitativa in altri regimi assistenziali la sede operativa può essere collocata all'interno della struttura di offerta di detti servizi.

Nel caso in cui l'attività riabilitativa in microstruttura venga svolta in maniera esclusiva, deve essere prevista una sede operativa autonoma.

La dotazione minima di ambienti della sede operativa è la seguente:

- spazio per attesa/accoglienza;
- locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'équipe e per attività amministrative;
- servizi igienici per utenti, di cui almeno uno attrezzato per la disabilità ;
- servizi igienici per il personale

Qualora siano prodotti rifiuti speciali deve essere presente apposito contenitore.

4.2.3.b Requisiti tecnologici

Devono essere disponibili e accessibili:

- per la gestione delle emergenze/urgenze attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e la rianimazione cardiopolmonare [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;
- 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 del personale sanitario addetto alla riabilitazione.

4.2.3.c Requisiti organizzativi

Per i requisiti organizzativi delle microstrutture si rimanda ai punti: **4.2.1.3.a** (nucleo residenziale socio-riabilitativo di mantenimento); **4.2.2.2.a** (nucleo semiresidenziale socio-riabilitativo di mantenimento).

8. Trattamenti Ambulatoriali e Domiciliari per persone con disabilità

Coerentemente con quanto definito dalle Linee guida del Ministero della sanità sulle attività di riabilitazione (Provvedimento 7 maggio 1998) e dal DPCM 29 novembre 2001, i trattamenti riabilitativi alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale o mista sono erogati oltre che in regime residenziale e semiresidenziale, anche in regime non residenziale: ambulatoriale e domiciliare.

8.1 Centri Ambulatoriali di riabilitazione per persone con disabilità

I centri ambulatoriali di riabilitazione erogano trattamenti volti a consentire il recupero e la rieducazione funzionale e/o il mantenimento delle abilità acquisite a persone con disabilità complessa fisica, psichica, sensoriale o mista, spesso multipla, con possibili esiti permanenti.

Le prestazioni ambulatoriali erogate dai Centri di riabilitazione si differenziano dalle attività ambulatoriali specialistiche di recupero e rieducazione funzionale per la globalità del trattamento sulla disabilità che richiede un contestuale apporto multidisciplinare clinico riabilitativo.

La complessità della disabilità richiede la predisposizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), avendo come riferimento per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali il modello bio-psico-sociale; il PRI è realizzato da un *team* riabilitativo interprofessionale. Nel progetto sono esplicitati gli obiettivi, le risorse, i tempi, gli interventi da realizzare con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità, le modalità di verifica con l'indicazione degli strumenti standardizzati di valutazione.

Il trattamento riabilitativo, individuale o in piccolo gruppo, ha una durata non inferiore a 60 minuti.

L'attività può essere svolta in strutture autonome ovvero inserita all'interno di strutture che erogano attività riabilitativa anche in altri regimi assistenziali.

8.1.a Requisiti strutturali

La struttura garantisce la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti con disabilità derivanti da patologie diverse; è indispensabile la completa assenza di barriere architettoniche, che limitino l'accesso o gli spostamenti all'interno della struttura e l'utilizzo sicuro dei vari spazi e servizi.

Le strutture devono essere dotate di ambienti specifici con dimensioni, arredi ed attrezzature adeguati allo svolgimento delle attività coerenti con i programmi e gli obiettivi propri della struttura.

Ambienti comuni

- ambulatori o studi medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostico-prognostiche cliniche attinenti alle patologie trattate;
- servizi igienici distinti per utenti e personale, di cui almeno uno accessibile alle persone con disabilità;
- area separata per spogliarsi per i pazienti e per il personale;
- aree di attesa, area amministrativa/archivio.

Ambienti specifici

Gli ambienti specifici per lo svolgimento delle attività devono garantire un minimo di 7 mq per posto cura.

Gli ambienti possono essere suddivisi con strutture mobili, purché idonee a garantire la riservatezza; comunque i box per i trattamenti individuali hanno dimensioni minime di 4 mq e di 7 mq nel caso in cui la persona con disabilità faccia uso di carrozzina o di deambulatore.

Gli ambienti specifici sono attrezzati a seconda del tipo di riabilitazione svolta e differenziati in locali e spazi per:

- chinesiterapia e riabilitazione motoria, neuromotoria e sensoriale,
- riabilitazione logopedica, audiofonologica e neurolinguistica,
- riabilitazione neuropsicologica,
- riabilitazione neuropsicomotoria,
- riabilitazione neurovisiva e ortottica,
- riabilitazione cardiologica, respiratoria e cardiorespiratoria,
- riabilitazione urologica,
- terapia occupazionale,
- terapia psicologica,
- orientamento psico-pedagogico,
- intervento educativo,
- addestramento all'uso di ortesi, protesi e ausili (paziente e caregiver).

Sono presenti aree attrezzate per attività di gruppo (palestre), per attività statiche e dinamiche.

Il locale palestra deve essere non inferiore a 35 mq per 5 pazienti trattati contemporaneamente; per ogni paziente oltre i cinque, la superficie deve essere aumentata di almeno 5 mq.

I corridoi, le scale e i locali di passaggio dell'utenza devono essere forniti di corrimano.

In caso di Centri ambulatoriali articolati su più piani, almeno uno degli ascensori deve consentire il trasporto di una carrozzina con accompagnatore.

8.1.b Requisiti tecnologici

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza ed alle diverse tipologie di attività, assicurandone uno sviluppo sicuro, efficace ed efficiente.

In funzione degli obiettivi della struttura e della tipologia dell'utenza devono essere presenti:

- attrezzature, dispositivi e strumenti standardizzati per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
- attrezzature per la riabilitazione motoria (es.: letti per fisioterapia movimentabili, articolati e ad altezza variabile, sgabelli, cuscini, tappeti, parallele, cunei, cilindri, palloni di varie dimensioni);
- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva e neuropsicologica (materiali modellabili, giocattoli con e senza significato, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, personal computer, materiali semistrutturati didattico/educativi con supporto cartaceo e/o informatico, etc.);
- materiali e strumenti per la riabilitazione logopedia;

- apparecchi elettrostimolatori per la muscolatura normale e denervata;
- carrello per la gestione delle emergenze/urgenze dotato di attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e la rianimazione cardiopolmonare [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].

In caso sia effettuata riabilitazione cardiorespiratoria, devono essere presenti inoltre: defibrillatore, saturimetri, frequenzimetri, cicloergometri e/o tapis roulant, fonte di O₂ e bombole portatili di ossigeno (con adeguato sistema di ricarica), attrezzatura per il drenaggio delle secrezioni bronchiali (tra cui ausili a pressione positiva), incentivatori (di flusso, di volume e di flusso-volume) e sistema telemetrico ECG per riabilitazione cardiologica.

Le attrezzature sono correlate all'età degli utenti, oltre che alla disabilità.

8.1.c Requisiti organizzativi

Deve essere disponibile il Progetto di Struttura in cui sono definite, *ex ante*, in particolare le caratteristiche, la *mission*, la dotazione organica con le figure professionali e relative specifiche competenze, le procedure utilizzate.

Il Centro ambulatoriale di riabilitazione funziona per minimo 35 ore settimanali per almeno 5 giorni a settimana.

In caso di trattamento di pazienti in età scolare, l'articolazione oraria deve preservare la frequenza scolastica.

La direzione del Centro Ambulatoriale è affidata a un medico specialista 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”* (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, Piano di indirizzo per la riabilitazione, GU 2.3.2011, SG n. 50). Qualora l'offerta riabilitativa sia erogata anche in altri regimi assistenziali, egli può assumere la direzione delle diverse attività, in questo caso per ogni regime è previsto un medico responsabile con le stesse caratteristiche professionali.

In caso di assenza o di impedimento temporanei del direttore responsabile, le sue funzioni vengono assunte da un altro medico con le stesse caratteristiche professionali.

Il medico cui è affidata la direzione:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature, 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;
- assicura 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 utenti, del loro aggiornamento periodico e dell'archiviazione;

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

Il direttore responsabile, o comunque un medico, deve essere sempre presente durante l'orario di apertura all'utenza.

E' garantita una adeguata informazione ai familiari ed è loro garantito l'accesso alla struttura; è assicurato lo specifico addestramento per il rientro del paziente nel proprio ambiente di vita.

Il Centro dispone di personale in possesso delle necessarie qualificazioni professionali. Presso il Centro operano:

- medico responsabile, specialista in riabilitazione come inteso nel Piano di indirizzo per la riabilitazione (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, GU 2.3.2011, SG n. 50);
- medici specialisti, correlati alla tipologia di disabilità prevalentemente trattata;
- psicologi;
- professionisti sanitari della riabilitazione;
- assistenti sociali.

Qualora tra gli utenti siano presenti minori, le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l'età evolutiva ed è indispensabile il medico specialista in neuropsichiatria infantile.

Per ogni utente sono redatti la cartella clinica e il PRI; nel PRI sono esplicitati obiettivi, interventi da realizzare con il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità, tempi e modalità di verifica con l'indicazione degli strumenti standardizzati di valutazione.

I trattamenti sono assicurati dall'équipe interdisciplinare in modo da garantire prestazioni in forma coordinata ed integrata; l'équipe è composta da personale medico specialista, da professionisti sanitari della riabilitazione, da personale di assistenza sociale, da personale dell'area psicologica e, ove necessario, dell'area pedagogica. Concorrono all'espletamento del PRI almeno 3 tipologie di figure professionali della riabilitazione, compreso il medico specialista.

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742; terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997 – D.M. 27 luglio 2000; educatore professionale ex D.M. 8 ottobre 1998 – D.M. 27 luglio 2000) possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia degli utenti trattati; uno dei professionisti sanitari della riabilitazione svolge il ruolo di coordinatore, a garanzia di una adeguata organizzazione del lavoro.

Per ogni trattamento ambulatoriale individuale è assicurata una durata non inferiore a 60 minuti.

In caso di trattamento ambulatoriale in piccolo gruppo, questo deve essere costituito da un massimo di cinque persone e deve essere assicurata la durata non inferiore a 60 minuti.

Lo standard di riferimento (riportato anche in tabella) è il seguente: ad ogni 60 minuti di assistenza fornita al singolo paziente dal professionista sanitario della riabilitazione devono corrispondere 5 minuti di medico specialista e 4 minuti di psicologo e/o assistente sociale, in base alle specifiche necessità dell'utente.

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale per 60 trattamenti/die.

| Trattamenti riabilitativi ambulatoriali | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Figura professionale | Ore settimana (5 gg. lav.) | Ore settimana (6 gg. lav.) |
| Professionista sanitario della riabilitazione | 300 | 360 |
| Medico | 25 | 30 |
| Psicologo/Assistente sociale | 20 | 24 |

E' escluso dal suddetto computo il debito orario dovuto dal direttore responsabile del Centro ambulatoriale che, per 60 trattamenti al giorno, non è inferiore a 30 ore settimanali; per un numero di trattamenti inferiore a 60/die il debito orario del direttore responsabile è ridotto proporzionalmente, ma comunque non inferiore a 18 ore settimanali, mentre per un numero di trattamenti superiore a 60/die detto debito orario non può essere inferiore alle 38 ore settimanali.

Il debito orario dello Psicologo e dell'Assistente sociale è rapportato in maniera congrua alle specifiche necessità dell'utenza, fermo restando il numero di ore settimanali complessive indicate.

8.2. Trattamenti riabilitativi Domiciliari per persone con disabilità

I trattamenti domiciliari sono finalizzati a consentire alle persone con disabilità complessa, che non possono accedere alle strutture ambulatoriali a causa di particolari condizioni cliniche e/o sociali la permanenza nel proprio contesto socio-familiare, riducendo l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione; sono volti a favorire il recupero e/o il mantenimento delle potenzialità e il miglioramento della qualità di vita, in un costante processo di responsabilizzazione e autonomizzazione, con il coinvolgimento dei familiari (è indicata la presenza del caregiver).

La complessità della disabilità richiede la predisposizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), avendo come riferimento per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali il modello bio-psico-sociale; il progetto è realizzato da un team riabilitativo interprofessionale. Nel progetto sono esplicitati gli obiettivi, le risorse, i tempi di trattamento, gli interventi da realizzare con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità, le modalità di verifica con l'indicazione degli strumenti standardizzati di valutazione.

Il singolo trattamento ha una durata non inferiore a 60 minuti; da tale durata sono esclusi i tempi dello spostamento dell'operatore.

I trattamenti riabilitativi domiciliari possono essere erogati da strutture autonome ovvero da strutture che erogano attività riabilitativa anche in altri regimi assistenziali.

8.2.a Requisiti strutturali e tecnologici

Nel caso in cui la riabilitazione domiciliare rappresenti una delle tipologie di offerta di una struttura che preveda l'erogazione di attività riabilitativa in altri regimi assistenziali la sede operativa può essere collocata all'interno della struttura di offerta di detti servizi.

Nel caso in cui l'attività riabilitativa domiciliare venga svolta in maniera esclusiva, deve essere prevista una sede operativa autonoma.

La dotazione minima di ambienti della sede operativa è la seguente:

- uno spazio per attesa;
- un locale per accoglienza e per attività amministrative/archivio;
- un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'équipe;
- spogliatoi e servizi igienici per il personale;
- locale per il materiale utile ai trattamenti e valutazioni domiciliari;
- servizi igienici per gli utenti, di cui almeno uno attrezzato per la disabilità.

L'attività di servizio si svolge per almeno 5 giorni a settimana.

La dotazione minima di apparecchiature comprende:

- 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 dei medici specialisti e degli altri operatori della riabilitazione.

Tutto il personale deve essere assicurato per i rischi derivanti dalla responsabilità civile, professionale e per l'uso di mezzi di locomozione (assicurazione kasko).

8.2.b Requisiti organizzativi

Deve essere disponibile il Progetto di Struttura in cui sono definite, *ex ante*, in particolare le caratteristiche, la *mission*, la dotazione organica con le figure professionali e relative specifiche competenze, le procedure utilizzate.

La direzione del servizio domiciliare è affidata ad un medico specialista 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”* (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, *Piano di indirizzo per la riabilitazione*, GU 2.3.2011, SG n. 50). Qualora l'offerta riabilitativa sia erogata anche in altri regimi assistenziali, egli può assumere la direzione delle diverse attività, in questo caso per ogni regime è previsto un medico responsabile con le stesse caratteristiche professionali.

In caso di assenza o di impedimento temporanei del direttore responsabile, le sue funzioni vengono assunte da un altro medico con le stesse caratteristiche professionali.

Il medico cui è affidata la direzione:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature, 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 sul rispetto delle norme che regolamentano le incompatibilità del personale;
- assicura 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 utenti, del loro aggiornamento periodico e dell'archiviazione;
- è responsabile delle segnalazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente e del rispetto delle norme di sicurezza nei confronti del personale e degli utenti;
- provvede all'aggiornamento tecnologico e formativo in funzione della prevalente disabilità trattata e delle esigenze dell'équipe;
- provvede all'aggiornamento delle metodiche riabilitative;
- rilascia certificazioni agli aventi diritto.

Tutti gli operatori impegnati nell'attività riabilitativa domiciliare sono in possesso delle necessarie qualificazioni professionali.

Le figure professionali previste sono:

- medico responsabile, specialista in riabilitazione come inteso nel Piano di indirizzo per la riabilitazione (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, GU 2.3.2011, SG n. 50),
- medici specialisti, correlati alla tipologia di disabilità prevalentemente trattata;
- psicologi;
- professionisti sanitari della riabilitazione;
- assistenti sociali.

Qualora siano trattati a domicilio minori, le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l'età evolutiva ed è indispensabile il medico specialista in neuropsichiatria infantile.

Per ogni utente sono redatti la cartella clinica e il PRI; nel PRI sono esplicitati obiettivi, interventi da realizzare con il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità, tempi di trattamento e modalità di verifica con l'indicazione degli strumenti standardizzati di valutazione.

I trattamenti sono assicurati dall'équipe interdisciplinare in modo da garantire prestazioni in forma coordinata ed integrata; l'équipe è composta da personale medico specialista, da professionisti sanitari della riabilitazione, da personale di assistenza sociale, da personale dell'area psicologica e, ove necessario, dell'area pedagogica. Concorrono all'espletamento del PRI almeno 3 tipologie di figure professionali della riabilitazione, compreso il medico specialista.

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742; terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997 – D.M. 27 luglio 2000; educatore professionale ex D.M. 8 ottobre 1998 – D.M. 27 luglio 2000) possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia degli utenti trattati; uno dei professionisti sanitari della riabilitazione svolge il ruolo di coordinatore, a garanzia di una adeguata organizzazione del lavoro.

La durata del trattamento non deve essere inferiore a 60 minuti; da tale durata sono esclusi i tempi dello spostamento dell'operatore.

Lo standard di riferimento (riportato anche in tabella) è il seguente: ad ogni 60 minuti di assistenza fornita al singolo paziente dai professionisti sanitari della riabilitazione devono corrispondere 5 minuti di medico specialista e 4 minuti di psicologo e/o assistente sociale, in base alle specifiche necessità dell'utente.

Lo standard minimo sotto riportato è riferito all'attività assistenziale per 60 trattamenti/die su 6 gg. lavorativi.

| Trattamenti riabilitativi domiciliari | |
|--|----------------------|
| Figura professionale | Ore settimana |
| Professionista sanitario della riabilitazione | 360 |
| Medico | 30 |
| Psicologo/Assistente sociale | 24 |

E' escluso dal suddetto computo il debito orario dovuto dal direttore responsabile del servizio che, per 60 trattamenti al giorno, non è inferiore a 30 ore settimanali; per un numero di trattamenti inferiore a 60/die il debito orario del direttore responsabile è ridotto proporzionalmente, ma comunque non inferiore a 18 ore settimanali, mentre per un numero di trattamenti superiore a 60/die detto debito orario non può essere inferiore alle- 38 ore settimanali.

Il debito orario dello Psicologo e dell'Assistente sociale è rapportato in maniera congrua alle specifiche necessità dell'utenza, fermo restando il numero di ore settimanali complessive indicate.

Le attività riabilitative svolte nei luoghi di vita delle persone con disabilità sono definite *extramurali* e sono assimilabili a quelle domiciliari; le attività riabilitative extramurali possono essere effettuate se prescritte da parte dei competenti servizi ASL di residenza del paziente, qualora ritenute funzionali alla realizzazione del Progetto Riabilitativo Individuale.