

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE  
Augusto ROLLANDIN

IL DIRIGENTE ROGANTE  
Livio SALVEMINI



---

REFERTO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che copia della presente deliberazione è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione regionale dal \_\_\_\_\_ per quindici giorni consecutivi.

Aosta, lì \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE  
Massimo BALESTRA

---

Verbale di deliberazione adottata nell'adunanza in data 26 giugno 2009

In Aosta, il giorno ventisei (26) del mese di giugno dell'anno duemilanove con inizio alle ore otto e tredici minuti, si è riunita, nella consueta sala delle adunanze sita al secondo piano del palazzo della Regione - Piazza Deffeyes n. 1,

**LA GIUNTA REGIONALE DELLA VALLE D'AOSTA**

Partecipano alla trattazione della presente deliberazione :

**Il Presidente della Regione Augusto ROLLANDIN**

e gli Assessori

**Giuseppe ISABELLON**  
**Albert LANIECE**  
**Claudio LAVOYER**  
**Ennio PASTORET**  
**Laurent VIERIN**  
**Marco VIERIN**  
**Manuela ZUBLENA**

Si fa menzione che è assente giustificato alla seduta l'Assessore Aurelio MARGUERETTAZ.

Svolge le funzioni rogatorie il Dirigente della Segreteria della Giunta regionale, Sig. Livio SALVEMINI

E' adottata la seguente deliberazione:

N° **1762** OGGETTO :

APPROVAZIONE DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI E STRUTTURALI MINIMI PER L'ESERCIZIO DI ATTIVITA' SANITARIE DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE NELL'AMBITO DI STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE, AI SENSI DELLA L.R. 5/2000 E DELLA DGR 2103/2004.

## LA GIUNTA REGIONALE

- richiamati gli articoli *8-bis*, *8-ter* e *8-quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229;
- richiamato il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 relativo all’approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
- richiamate le Linee-Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione, approvate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 7 maggio 1998 e pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - serie generale n. 124 del 30 maggio 1998;
- richiamata la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni, concernente la razionalizzazione dell’organizzazione del servizio socio-sanitario regionale e il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione che, all’art. 38, subordina ad autorizzazione della Giunta regionale la realizzazione di strutture sanitarie, socio-sanitarie o socio-assistenziali e l’esercizio di attività sanitarie o socio-sanitarie;
- richiamato il Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002/2004, approvato con legge regionale 4 settembre 2001, n. 18 che prevede, tra l’altro, l’individuazione complessiva dei fabbisogni strutturali e produttivi per l’esercizio delle attività svolte a soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione regionale;
- richiamata la propria deliberazione n. 1232 in data 26 aprile 2004, concernente l’approvazione delle modalità e dei termini del procedimento amministrativo per l’accreditamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie, svolte da soggetti pubblici e privati, ai sensi dell’articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni;
- richiamata la propria deliberazione n. 2103 in data 21 giugno 2004, relativa all’approvazione delle modalità e dei termini per il rilascio di autorizzazione alla realizzazione ed all’esercizio di attività sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative, ai sensi dell’articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni;
- richiamata la legge regionale 20 giugno 2006, n. 13 concernente l’approvazione del Piano per la salute ed il benessere sociale per il triennio 2006/2008 ed in particolare:
  - l’obiettivo 25 – attività A – che prevede l’estensione del regime autorizzativo a tutte le strutture e le attività sanitarie e sociali, come garanzia del livello qualitativo delle prestazioni, nonché l’applicazione e lo sviluppo del regime dell’accreditamento delle strutture, delle attività e dei professionisti in ambito sanitario e sociale;

- l'obiettivo 12 che prevede il miglioramento dell'offerta assistenziale nei settori della riabilitazione e della lungodegenza, al fine di sviluppare l'attività di lungoassistenza e l'attività di riabilitazione intensiva secondo la logica di rete integrata di servizi alla persona;
- richiamata la propria deliberazione n. 2418 in data 25 agosto 2006, recante: "Approvazione di nuovi requisiti organizzativi minimi per l'esercizio di attività socio-sanitarie nell'ambito di strutture pubbliche e private destinate a residenze sanitarie assistenziali (RSA) e ad unità di assistenza prolungata (UAP), ai sensi dell'art. 38 della l.r. 25/1/2000, n. 5 e della DGR in data 21.6.2004, n. 2103. revoca della DGR n. 3898 in data 23.11.2005";
- premesso che, ai sensi della normativa soprarichiamata la rete dei servizi di riabilitazione rientra a tutti gli effetti tra i servizi sottoposti alla disciplina che regola l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni sul territorio regionale;
- dato atto che il possesso dell'autorizzazione all'esercizio, ai sensi della normativa nazionale e regionale, costituisce presupposto amministrativo per la concessione dell'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private;
- considerato che il processo riabilitativo è diviso in quattro fasi, per ciascuna delle quali sono necessari differenti livelli organizzativi ed operativi, e che - riguardando aspetti clinici, psicologici e sociali - è necessario predisporre qualsiasi progetto di riabilitazione, rivolto a qualsiasi individuo, con riferimento ad obiettivi plurimi e programmati in maniera ordinata, da raggiungere mediante una rete di diverse tipologie di struttura;
- ritenuto opportuno, secondo quanto riferito dai competenti uffici dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, individuare - sulla base dell'esperienza maturata e secondo le indicazioni del Ministero della Sanità - per ogni tipologia di trattamento, i requisiti strutturali ed organizzativi minimi per le attività di recupero e rieducazione funzionale, al fine di garantire livelli uniformi di assistenza previsti dal Piano sanitario nazionale e dalla programmazione regionale;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 3830 in data 30 dicembre 2008 concernente l'approvazione del bilancio di gestione, per il triennio 2009-2011, con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati e di disposizioni applicative;
- visto il parere favorevole di legittimità rilasciato congiuntamente dal Capo del Servizio sanità ospedaliera, dal Capo del Servizio sanità territoriale e dal Capo Servizio risorse nell'ambito dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ai sensi del combinato disposto degli articoli 13, comma 1, lettera "e" e 59, comma 2, della legge regionale n. 45/1995, sulla presente proposta di deliberazione;
- su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, sig. Albert Lanièce;
- ad unanimità di voti favorevoli,

## **DELIBERA**

1. di approvare i requisiti organizzativi e strutturali minimi per l'esercizio di attività sanitarie di recupero e rieducazione funzionale nell'ambito di strutture pubbliche e private, ai sensi dell'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni e della deliberazione della Giunta regionale 2103/2004, secondo quanto previsto dall'allegato A) alla presente deliberazione, di cui forma parte integrante;
2. di stabilire che le presenti disposizioni vengano applicate a partire dal 1° luglio 2009;
3. di rinviare, per quanto concerne i procedimenti amministrativi di rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio nonché dell'accreditamento, a quanto previsto rispettivamente dalle deliberazioni della Giunta regionale n. 2103/2004 e n. 1232/2004 e successive modificazioni;
4. di dare atto che per il rilascio dell'autorizzazione a residenze sanitarie assistenziali (RSA) non si applicano le presenti disposizioni bensì quelle approvate con deliberazione della Giunta regionale n. 2418/2006;
5. di stabilire che le strutture in cui sono svolte attività sanitarie di recupero e rieducazione funzionale, già autorizzate alla data di approvazione dei presenti requisiti, mantengono lo stato di strutture autorizzate fino alla scadenza dell'autorizzazione stessa, rilasciata ai sensi dell'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni e della deliberazione della Giunta regionale n. 2103/2004;
6. di stabilire che la presente deliberazione sia integralmente pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta, ai sensi dell'articolo 3, comma 5, della legge regionale 2 luglio 1999, n. 18;
7. di stabilire che la presente deliberazione sia trasmessa, a cura della struttura regionale competente in materia di qualità, all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta per gli adempimenti di competenza.

**REQUISITI STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ SANITARIE DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE NELL'AMBITO DI STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE, AI SENSI DELL'ARTICOLO 38 DELLA LEGGE REGIONALE 25 GENNAIO 2000, N. 5 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE IN DATA 21 GIUGNO 2004 N. 2103.**

L'intervento nel settore del Recupero e della Rieducazione Funzionale riveste peculiarità in quanto è finalizzato a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali, prevedendo le menomazioni secondarie e curando la disabilità, al fine di contenere od evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e l'inserimento psico-sociale, attraverso un processo che rispetti tutti i passaggi/interventi necessari, sia per un compiuto intervento sanitario che per il successivo passaggio alla fase sociale della riabilitazione.

Ambiti di competenza e tipologia di interventi.

Le fasi del processo in riabilitazione possono essere così definite:

- a) fase della prevenzione del danno secondario e conseguenti menomazioni nelle patologie ad alto rischio di sviluppo di disabilità: questa fase caratterizza gli interventi riabilitativi sui pazienti in fase acuta, per i quali si rende necessario inserire l'intervento riabilitativo preventivo nell'ambito del protocollo terapeutico;
- b) fase della riabilitazione intensiva, caratterizzata da interventi valutativi e terapeutici intensivi. Viene abitualmente collocata nella cosiddetta fase dell'immediata post-acuzie della malattia, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e quando la disabilità è maggiormente modificabile: tale fase può essere necessaria anche in situazioni di riacutizzazione e recidive dell'evento patologico;
- c) fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione, che si caratterizza con modalità diverse in rapporto alla natura e alla tipologia della menomazione e della disabilità e comunque tale da non richiedere interventi intensivi;
- d) fase di mantenimento e/o di prevenzione del degrado del recupero motorio e funzionale acquisito che si caratterizza con diverse tipologie di interventi riabilitativi sanitari che, in presenza di problematiche assistenziali (familiari, economiche, abitative, ecc.), vanno integrati con l'attività di riabilitazione sociale (RSA, UAP, ecc.).

Le fasi di intervento devono rispondere alle necessità di diverse categorie di disabilità:

- 1) disabilità che richiedono, per la gravità della non-autosufficienza, per intensità e tipologia degli interventi terapeutico-riabilitativi, il ricovero ordinario o day-hospital in ambiente ospedaliero specialistico riabilitativo;
- 2) disabilità complesse che non richiedono ricovero, ma un intervento, per competenza ed attrezzature, altamente sofisticato;

- 3) disabilità di entità rilevante, croniche o in fase di stabilizzazione, che richiedono un intervento riabilitativo non complesso, né intensivo, ma protratto nel tempo;
- 4) disabilità di entità contenuta, di recente insorgenza e a rapida risoluzione;
- 5) disabilità croniche stabilizzate di entità contenuta, per le quali possono essere necessari interventi riabilitativi "di mantenimento" o di "prevenzione del degrado motorio-funzionale acquisito" e/o un'attività "didattico-informativa" ("back-schools", "osteoporosis schools", ecc.);
- 6) disabilità minimali croniche i cui interventi riabilitativi sono caratterizzati prevalentemente da prestazioni di massoterapia e fisioterapia strumentale.

Queste diverse tipologie di interventi riabilitativi comportano la necessità di progettare differenti "livelli" organizzativi ed operativi.

In particolare, le funzioni espletate e le disabilità trattate configurano livelli differenziati di intervento/trattamento e prefigurano una rete adeguata di strutture sanitarie che garantiscano il raggiungimento degli obiettivi in tutte le fasi del processo di riabilitazione:

- trattamento in regime di ricovero per acuti;
- trattamento in regime di day-hospital;
- trattamento a domicilio;
- trattamento in regime ambulatoriale;
- trattamento in regime di ricovero su pazienti stabilizzati.

Gli interventi riabilitativi di 1° livello interessano le disabilità evidenziate ai precedenti punti 4), 5) e 6) e vengono effettuati in forma ambulatoriale.

Poiché gli interventi riabilitativi di 1° livello possono rispondere anche alla fase b) del processo riabilitativo (fase intensiva), essi possono essere utilizzati anche per le disabilità evidenziate al punto 2).

Le disabilità di cui ai punti 3) e 5) necessitano altresì di interventi riabilitativi di 1° livello, che possono essere svolti in regime ambulatoriale, domiciliare o degenziale.

Gli interventi riabilitativi di 2° e 3° livello interessano le disabilità evidenziate ai punti 1) e 2) e vengono effettuati presso strutture sanitarie con organizzazione ospedaliera.

Gli interventi di 2° livello riguardano la fase della riabilitazione intensiva e si collocano abitualmente nell'immediata post-acuzie della malattia (vedere lettera b) su pazienti la cui disabilità può richiedere un ricovero ordinario oppure un day-hospital riabilitativo.

Gli interventi di 3° livello interessano i pazienti in fase acuta, per i quali si rende necessario inserire l'intervento riabilitativo preventivo nell'ambito del protocollo terapeutico. In particolare, tali interventi riguardano i pazienti afferenti alle Unità Spinali e alle Unità Cerebrolesioni acquisite.

Di seguito vengono definiti i requisiti minimi, organizzativi, tecnologici e strutturali, distinti per tipologia di trattamento.

## **STRUTTURE DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE DI 1° LIVELLO**

Gli interventi di 1° livello riabilitativo riguardano la fase di riabilitazione estensiva (completamento e mantenimento), che può essere erogata in regime ambulatoriale o di degenza.

### **A) ATTIVITA' AMBULATORIALE**

Le strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello erogano interventi riabilitativi ambulatoriali ai pazienti portatori delle disabilità evidenziate ai punti 4), 5), e 6).

Gli interventi ambulatoriali sulle disabilità di cui al punto 2) devono essere trattati garantendo la multidisciplinarietà e l'integrazione con la fase ospedaliera.

### **REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**

La struttura deve essere progettata in funzione dei bisogni dell'utenza e delle diverse tipologie di attività, assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.

La struttura garantisce sempre la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti affetti da diverse tipologie di disabilità; è indispensabile la completa assenza di barriere architettoniche che limitino l'accesso o gli spostamenti dentro la struttura e l'utilizzo sicuro dei vari spazi e servizi.

Deve essere garantita la privacy degli utenti.

Le strutture devono essere dotate di ambienti specifici con dimensioni, arredi, attrezzature, illuminazione ed aerazione (naturale o artificiale) adeguati allo svolgimento delle attività, nonché coerenti con i programmi e gli obiettivi propri della struttura. In particolare:

- locale per visite specialistiche e per valutazioni diagnostico-prognostiche cliniche attinenti le patologie trattate;
- area/e attrezzata/e per attività di gruppo (palestre), per attività statiche e dinamiche (con uso di apparecchiature terapeutiche, quali ad esempio pedana stabilometrica, cyclette, ecc);
- area/e attrezzata/e per trattamenti individuali di rieducazione neuromotoria, logopedica, respiratoria, ecc.;
- box (o stanze di dimensioni contenute) per attività individuali di massoterapia e manipolazioni articolari;
- box (o stanze di dimensioni contenute) per terapia fisica e strumentale;
- locale, di norma insonorizzato, per trattamento dei disturbi comunicativi-integrativi;
- servizi igienici per disabili;
- servizi igienici e spogliatoi personale;
- servizi igienici e spogliatoi pazienti;
- spazi adeguati alla disabilità e quantità di utenza ed all'organizzazione della struttura per attesa, attività di segreteria e di archivio, adeguati alle patologie e al volume previsto di attività.

## REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

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

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

- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
- presidi necessari e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni mediche, infermieristiche, di fisioterapisti, di logopedisti e di altri operatori professionali della riabilitazione;
- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di riabilitazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;
- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale, di supporto e complemento all'esercizio terapeutico.

La struttura deve inoltre garantire la presenza di:

- attrezzatura essenziale per un pronto soccorso di base e per la rianimazione cardiopolmonare;
- documentazione relativa alla manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature in dotazione ed al responsabile di tali procedure;
- inventario di tutti i materiali e attrezzature a disposizione della struttura;
- attrezzatura adeguata per la raccolta differenziata dei materiali.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ai fini della tutela dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate, è prescritta l'individuazione del direttore responsabile, nella figura del medico specialista in medicina fisica e riabilitazione e di un'équipe di medici fisiatristi e di tecnici dell'area riabilitativa (fisioterapisti, logopedisti, ecc.).

Il numero di unità di personale e la relativa tipologia professionale dovranno essere correlati alle caratteristiche delle disabilità trattate, al numero dei casi trattati e all'orario di apertura del centro.

La valutazione dei carichi di lavoro dovrà tenere conto dell'impegno ritenuto indispensabile per un livello minimo di qualità di ogni singola prestazione erogata presso l'ambulatorio.

L'impegno orario di ciascuna figura deve essere opportunamente documentato.

Il direttore sanitario ha il compito di:

- garantire l'organizzazione tecnico-sanitaria nonché l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura;
- verificare la necessità di eventuali modifiche degli obiettivi;
- individuare i relativi strumenti necessari al perseguimento degli obiettivi.

Deve essere individuato un sostituto del direttore responsabile, in possesso degli stessi requisiti, che svolga le funzioni di direttore responsabile in caso di assenza o impedimento del direttore stesso.

Il personale sanitario e tecnico deve aver seguito un corso di formazione di pronto soccorso di base e per l'utilizzo delle apparecchiature per la rianimazione cardio-polmonare.

Il personale tecnico deve essere in possesso dei titoli professionali specifici previsti dalla normativa vigente.

Nella struttura, inoltre, devono essere garantite le funzioni di segreteria, di accoglienza dell'utenza, di raccolta ed elaborazione dei dati statistici richiesti dalle Amministrazioni competenti, nonché le condizioni igienico-sanitarie necessarie per un buon funzionamento della struttura stessa.

## **B) ATTIVITA' DI DEGENZA RIABILITATIVA**

Qualora le disabilità di cui al punto 3) e al punto 5) necessitino di interventi riabilitativi in regime di degenza, tali interventi sono erogati, di norma, all'interno di strutture sanitarie che assicurano interventi riabilitativi finalizzati all'ulteriore recupero o mantenimento delle residue capacità funzionali del paziente. Il progetto riabilitativo si attua attraverso un trattamento riabilitativo specializzato di minore intensità, con una durata del ricovero definita di norma non superiore a 60 giorni, salvo documentate indicazioni cliniche.

Tali attività sono collocate in ambito ospedaliero o in presidi indipendenti con una specifica caratterizzazione ospedaliera ed in stretto collegamento funzionale ed operativo con l'area acuta.

### **REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**

Oltre ai requisiti previsti per le strutture ambulatoriali di 1° livello sono da prevedersi nuclei di degenza in possesso di tutti i requisiti previsti per le "aree di degenza" dalla normativa vigente in materia, ad eccezione della metratura delle stanze, da considerare al netto dei servizi igienici e che deve rispettare i seguenti criteri:

- 9 mq per posto letto (camera singola);
- 7 mq per posto letto (camera multipla);
- 9 mq per posto letto (camera pediatrica multipla);
- 12 mq per posto letto (camera singola con accompagnatore).

### **REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI**

Si rinvia a quanto già previsto per le strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello che erogano interventi riabilitativi ambulatoriali.

Devono risultare inoltre disponibili:

- materassini e cuscini antidecubito;
- carrozzine ed ausili per la mobilità del paziente;

- carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale;
- carrello per la gestione della terapia;
- carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ai fini della tutela dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate, le strutture di degenza riabilitativa, dotate di più nuclei di recupero e rieducazione funzionale, devono individuare una figura medica in possesso di specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione o specialità equipollente, con la funzione di Responsabile di Raggruppamento dei nuclei.

Nelle strutture di degenza con numero di posti letto di degenza ordinaria non superiore a 120, il Direttore Sanitario o uno dei responsabili dei nuclei, può ricoprire l'incarico di Responsabile di Raggruppamento. Il Direttore Sanitario ha il compito di garantire l'organizzazione tecnico-sanitaria nonché l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura.

Nelle strutture di degenza con numero di posti letto di degenza ordinaria non superiore a 120 deve essere prevista la presenza di almeno un infermiere professionale con funzioni di coordinamento.

L'organizzazione funzionale della struttura deve prevedere altresì la funzione di guardia medica che deve essere permanente ed interna.

Le attività di degenza riabilitativa di 1° livello devono garantire un trattamento dedicato al paziente assicurando prestazioni riabilitative e di assistenza alla persona con la seguente dotazione organica, per ciascun nucleo composto fino ad un massimo di 25 posti letto:

- 1 medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o specialità equipollente o affine, secondo la normativa vigente con funzione di responsabile del nucleo;
- tecnici della riabilitazione, (fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologi, logopedisti, ecc) che attuano il progetto riabilitativo sotto la responsabilità dello specialista in medicina fisica e riabilitazione;
- infermieri professionali;
- personale addetto alla cura della persona (OTA, ADEST, OSS);
- medici di guardia, specialisti in discipline affini o internistiche o comunque titolati per la continuità assistenziale in reparto h24.

Oltre ai professionisti addetti alla cura della persona, è prevista la presenza - in modo adeguato - di altri operatori per le attività di supporto (personale amministrativo, di pulizia e di cucina).

Il numero di personale deve essere correlato alle caratteristiche delle disabilità trattate, al numero dei casi trattati e dovrà tenere conto dell'impegno ritenuto indispensabile per un livello minimo di qualità, eventualmente integrato con quello di altre attività presenti nello stesso istituto.

Deve essere garantita – per ogni nucleo o per ogni piano (in caso di nuclei contigui sullo stesso piano) - la continua presenza, in modo da assicurare la copertura di 24 ore, di un infermiere professionale e di un'unità di personale addetto alla cura della persona (OTA, ADEST, OSS).

La struttura di riabilitazione si impegna ad assicurare le prestazioni dirette al recupero e rieducazione funzionale dell'assistito secondo un progetto riabilitativo personalizzato, la cui predisposizione dovrà considerare, qualora possibile, il coinvolgimento nel processo riabilitativo:

- del paziente;
- della famiglia;
- delle strutture presenti sul territorio di provenienza dell'assistito.

Il percorso riabilitativo deve tenere conto dei dati anagrafici ed anamnestici del paziente, del tipo di disabilità e degli obiettivi raggiungibili, nonché delle eventuali problematiche mediche associate e della terapia farmacologica.

La durata del ricovero dipenderà dagli obiettivi prefissati e raggiunti durante il decorso del ricovero.

Il piano di trattamento che integra le diverse attività di assistenza alla persona dovrà assicurare una media di 100 minuti al giorno dedicati ad ogni paziente, da ripartire tra le diverse figure professionali – tenendo conto delle variazioni che potrebbero intervenire durante il percorso riabilitativo – secondo le seguenti proporzioni:

- tecnici della riabilitazione: mediamente il 30%;
- infermieri professionali: mediamente il 40%;
- personale addetto alla cura della persona: fino ad un massimo del 30%

A tal fine è necessario precisare, almeno in termini quantitativi, quali sono le tipologie di attività finalizzate alla riduzione della disabilità e che devono essere garantite al soggetto ricoverato, in aggiunta all'attività di nursing infermieristico compresa nel progetto riabilitativo, con riguardo alla parte dedicata al recupero dell'autonomia:

- 1) attività svolta da personale tecnico della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale) contemporaneamente su più pazienti;
- 2) attività svolta da personale tecnico della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale) sul singolo paziente con rapporto 1 a 1, o al letto del paziente o in locali dedicati;
- 3) attività di counselling al paziente e/o ai caregivers;
- 4) attività di consultazione interprofessionale con stesura di progetto e programma e controllo dell'evoluzione clinica e dei risultati.

Qualora le attività di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello siano svolte in una struttura indipendente, deve essere formalizzato un accordo di collaborazione con medici specialisti che garantiscano l'intervento su chiamata e/o una convenzione con altri centri pubblici o privati.

## **STRUTTURE DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE DI 2° LIVELLO**

La struttura di recupero e rieducazione funzionale di 2° livello assicura – oltre agli interventi riabilitativi previsti per il 1° livello - gli interventi riabilitativi a pazienti con le disabilità di cui al punto 1) che richiedono, per la gravità della non-autosufficienza, interventi terapeutico-riabilitativi particolari per intensità e per tipologia - intervenendo sia su pazienti ricoverati nelle diverse U.O. di degenza, sia su pazienti degenti presso l'unità funzionale di recupero e rieducazione funzionale dotata di propri posti letto.

Le strutture sanitarie private che operano in regime di degenza devono essere integrate alle altre fasi del processo riabilitativo, mediante protocolli operativi con il servizio di recupero e rieducazione funzionale dell'azienda sanitaria.

Al fine di assicurare il pieno espletamento delle funzioni proprie del 2° livello, lo stesso interviene in tutte le fasi del processo di riabilitazione: degenza, day hospital, ambulatoriale e domiciliare.

Conseguentemente, gli interventi di 2° livello trovano collocazione in presidi ospedalieri ove siano già presenti funzioni di ricovero e cura ad alta intensità diagnostica ed assistenziale o in una struttura sanitaria ospedaliera ad indirizzo esclusivamente riabilitativo.

### **REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**

Oltre a quanto già previsto per le strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello, che erogano prestazioni ambulatoriali, sono da prevedersi nuclei di degenza in possesso di tutti i requisiti previsti per le “aree di degenza” dalla normativa vigente in materia.

Qualora il servizio disponga di propri posti letto, deve essere presente un'area funzionale autonoma per la degenza, composta di camere di norma a due letti, con annesso bagno per disabili, con dotazione di specifici dispositivi di allarme e con pavimentazione antiscivolo.

All'interno delle camere devono essere garantiti l'accesso ed il movimento di barelle e carrozzine.

Devono altresì essere previsti:

- spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei pazienti, secondo un rapporto proporzionale al loro numero;
- spazio per la presenza dell'accompagnatore.

### **REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI**

Si rimanda a quanto già previsto per le strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello, che erogano prestazioni ambulatoriali.

Qualora il Servizio disponga di propri posti-letto devono essere presenti:

- materassini e cuscini antidecubito;
- carrozzine ed ausili per la mobilità del paziente;

- carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale;
- carrello per la gestione della terapia;
- carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.

## REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

I requisiti previsti per le strutture di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello devono essere integrati ulteriormente per poter rispondere al maggior carico assistenziale conseguente alle disabilità trattate in questo livello, costituite prevalentemente da disabilità maggiori.

Ai fini della tutela dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate, le strutture di ricovero e cura private dotate di più nuclei di recupero e rieducazione funzionale, devono individuare una figura medica in possesso di specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione o specialità equipollente o affine, con la funzione di Responsabile di Raggruppamento dei nuclei.

Nelle strutture di degenza con numero di posti letto di degenza ordinaria non superiore a 120, il Direttore Sanitario può ricoprire l'incarico Responsabile di Raggruppamento. Il Direttore Sanitario ha il compito di garantire l'organizzazione tecnico-sanitaria nonché l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura.

Nelle strutture di degenza con numero di posti letto di degenza ordinaria non superiore a 120, deve essere prevista la presenza di almeno un infermiere professionale con funzioni di coordinamento.

L'organizzazione funzionale della struttura deve prevedere altresì la funzione di guardia medica che deve essere permanente ed interna.

Le attività di degenza riabilitativa di 2° livello devono garantire un trattamento dedicato al paziente assicurando prestazioni riabilitative e di assistenza alla persona, con la seguente dotazione organica, per ciascun nucleo composto fino ad un massimo di 25 posti letto:

- 1 medico fisiatra o specialità equipollente o affine, secondo la normativa vigente, con funzione di responsabile del nucleo;
- 1 medico fisiatra o specialità equipollente o affine, ovvero altra disciplina internistica coerente con i percorsi riabilitativi da adottarsi;
- tecnici della riabilitazione (fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologi, logopedisti, ecc), di cui uno con la funzione di coordinatore;
- infermieri professionali;
- personale addetto alla cura della persona (OTA, ADEST, OSS);
- medici di guardia, specialisti in discipline affini o internistiche o comunque titolati per la continuità assistenziale in reparto h24.

Oltre ai professionisti addetti alla cura della persona, è prevista la presenza - in modo adeguato - di altri operatori per le attività di supporto (personale amministrativo, di pulizia e di cucina).

Il numero di personale deve essere correlato alle caratteristiche delle disabilità trattate, al numero dei casi trattati e dovrà tenere conto dell'impegno ritenuto indispensabile per un livello minimo di qualità, eventualmente integrato con quello di altre attività presenti nello stesso istituto.

Deve essere garantita – per ogni nucleo o per ogni piano (in caso di nuclei contigui sullo stesso piano) – la continua presenza, in modo da assicurare la copertura di 24 ore, di un infermiere professionale e di un'unità di personale addetto alla cura della persona (OTA, ADEST, OSS).

La struttura di riabilitazione si impegna ad assicurare le prestazioni dirette al recupero e rieducazione funzionale dell'assistito, secondo un progetto riabilitativo personalizzato, la cui predisposizione dovrà prevedere, qualora possibile, il coinvolgimento nel processo riabilitativo:

- del paziente;
- della famiglia;
- delle strutture presenti sul territorio di provenienza dell'assistito.

Il percorso riabilitativo deve tenere conto dei dati anagrafici ed anamnestici del paziente, del tipo di disabilità e degli obiettivi raggiungibili, nonché delle eventuali problematiche mediche associate e della terapia farmacologica.

La durata del ricovero dipenderà dagli obiettivi prefissati e raggiunti durante il decorso del ricovero.

Il piano di trattamento che integra le diverse attività di assistenza alla persona dovrà assicurare una media di 140 minuti al giorno dedicati ad ogni paziente, da ripartire tra le diverse figure professionali – tenendo conto delle variazioni che potrebbero intervenire durante il percorso riabilitativo – secondo le seguenti proporzioni:

- tecnici della riabilitazione: mediamente il 30%;
- infermieri professionali: mediamente il 40%;
- personale addetto alla cura della persona: fino ad un massimo del 30%.

Il numero di personale deve essere correlato alle caratteristiche delle disabilità trattate, al numero dei casi trattati e dovrà tenere conto dell'impegno ritenuto indispensabile per un livello minimo di qualità, eventualmente integrato con quello di altre attività presenti nello stesso istituto.

A tal fine è necessario precisare, almeno in termini quantitativi, quali sono le tipologie di attività finalizzate alla riduzione della disabilità e che devono essere garantite al soggetto ricoverato, in aggiunta all'attività di nursing infermieristico compresa nel progetto riabilitativo, con riguardo alla parte dedicata al recupero dell'autonomia:

- 1) attività svolta da personale tecnico della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale) contemporaneamente su più pazienti;
- 2) attività svolta da personale tecnico della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale) sul singolo paziente con rapporto 1 a 1, o al letto del paziente o in locali dedicati;

- 3) attività di counselling al paziente e/o ai caregivers;
- 4) attività di consultazione interprofessionale con stesura di progetto e programma e controllo dell'evoluzione clinica e dei risultati.

Qualora le attività di recupero e rieducazione funzionale di 2° livello siano svolte in una struttura indipendente, deve essere formalizzato un accordo di collaborazione con medici specialisti che garantiscano l'intervento su chiamata e/o una convenzione con altri centri pubblici o privati.

#### RIABILITAZIONE INTENSIVA SPECIALISTICA

Le unità di riabilitazione intensiva ad orientamento specialistico necessitano, per le loro peculiarità, di una specifica organizzazione (riabilitazione cardiologica, riabilitazione respiratoria, ecc.) che prevede un approccio multidisciplinare, con la presenza in organico di un responsabile degli specialisti delle relative discipline.

## **STRUTTURE DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE DI 3° LIVELLO**

La struttura di Recupero e Rieducazione Funzionale di 3° livello assicura gli interventi riabilitativi a pazienti con le disabilità di cui al punto 1) - che richiedono, per la gravità della non-autosufficienza, interventi terapeutico-riabilitativi particolari per intensità e per tipologia, afferenti alle Unità Spinali ovvero alle Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite.

Conseguentemente, tali interventi possono essere effettuati solo da servizi dotati di specifici posti letto, attivati di norma in strutture ospedaliere dove siano disponibili funzioni di alta specializzazione.

Le strutture eroganti attività di recupero e rieducazione funzionale di 3° livello svolgono anche le attività di 2° e 1° livello.

L'attivazione di tali strutture deve essere coerente con le norme della programmazione regionale.

### **REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**

Oltre ai requisiti individuati per i servizi di 2° livello dotati di propri posti letto sono previsti:

- almeno 2 posti letto dotati di sistema di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica;
- un'area destinata alla terapia occupazionale.

### **REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI**

Oltre ai requisiti previsti per le strutture di degenza in ambito di Recupero e Rieducazione Funzionale di 2° livello e per quelle di 1° livello che erogano prestazioni ambulatoriali nello stesso ambito, devono essere previste le attrezzature specifiche per l'assistenza dei pazienti medullolesi o cerebrolesi.

### **REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**

L'individuazione dell'organico minimo necessario deve essere conseguente a tutte le funzioni proprie delle strutture di Recupero e Rieducazione Funzionale di 3° livello:

- 1 medico fisiatra o specialità equipollente o affine ai sensi della normativa vigente, responsabile del nucleo;
- 1 medico fisiatra o specialità equipollente o affine, ovvero altra disciplina internistica coerente con i percorsi riabilitativi da adottarsi;
- tecnici della riabilitazione (fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologi, logopedisti, ecc) di cui uno con la funzione di coordinatore;
- infermieri professionali;
- personale addetto alla cura della persona (OTA, ADEST, OSS).

Oltre ai professionisti addetti alla cura della persona, è prevista la presenza - in modo adeguato – di altri operatori per le attività di supporto (personale amministrativo, di pulizia e di cucina).

Deve essere garantita – per ogni nucleo o per ogni piano (in caso di nuclei contigui sullo stesso piano) – la continua presenza, in modo da assicurare la copertura di 24 ore, di un infermiere professionale e di un'unità di personale addetto alla cura della persona (OTA, ADEST, OSS).

Per le Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite l'organico dei tecnici della riabilitazione deve comprendere un numero adeguato di logopedisti.

Il piano di trattamento che integra le diverse attività di assistenza alla persona dovrà assicurare una media di 160 minuti al giorno dedicati ad ogni paziente, da ripartire tra le diverse figure professionali – tenendo conto delle variazioni che potrebbero intervenire durante il percorso riabilitativo – secondo le seguenti proporzioni:

- tecnici della riabilitazione: mediamente il 30%;
- infermieri professionali: mediamente il 40%;
- personale addetto alla cura della persona: fino ad un massimo del 30%.

Il numero di personale deve essere correlato alle caratteristiche delle disabilità trattate, al numero dei casi trattati e dovrà tenere conto dell'impegno ritenuto indispensabile per un livello minimo di qualità, eventualmente integrato con quello di altre attività presenti nello stesso istituto.

L'attività medica dovrà essere obbligatoriamente integrata in modo programmato con le altre specialità competenti.

Il personale medico e tecnico deve essere in possesso di un adeguato aggiornamento professionale, ottenuto attraverso la partecipazione a iniziative annuali gestite dalla struttura di Recupero e Rieducazione Funzionale medesima o presso Agenzie formative qualificate.