

Regolamento regionale sulle prestazioni ambulatoriali erogate dai Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste - Modifica al regolamento regionale 16 aprile 2015, n. 12

ART. 1

PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE DAI PRESIDII TERRITORIALI DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI SOGGETTI PORTATORI DI DISABILITA' FISICHE, PSICHICHE, SENSORIALI O MISTE

I Nuclei di riabilitazione ambulatoriale rientrano nei Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste definiti dal R.R. del 16 aprile 2015, n.12 e s.m.i..

Il Nucleo di riabilitazione ambulatoriale eroga prestazioni di riabilitazione ad utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, elevato grado di disabilità nelle ADL che richiedono un team multi professionale (almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione, compreso il medico specialista in riabilitazione o in NPIA) che effettui una presa in carico omnicomprensiva nel lungo termine mediante un Progetto Riabilitativo Individuale in caso di adulto, o un Programma Terapeutico e Abilitativo/Riabilitativo personalizzato nel caso di soggetti in età evolutiva, che preveda molteplici programmi terapeutici, con una durata complessiva dei trattamenti giornalieri di almeno 90 minuti.

Per disabilità complessa s'intende la disabilità con alterazione di più funzioni secondarie a lesioni del SNC, a polineuropatie gravi, a traumi fratturativi interessanti almeno due arti o un arto e la colonna vertebrale, a patologia reumatica infiammatoria cronica non degenerativa (AR, connettiviti), a patologia oncologica.

La riabilitazione ambulatoriale viene prescritta, erogata e retribuita per giornata di assistenza. Tutte le prestazioni riabilitative ambulatoriali erogate allo stesso paziente nell'arco della medesima giornata costituiscono un'unica prestazione riabilitativa ambulatoriale (n. 1 accesso). In nessun caso al paziente può essere attribuito più di n. 1 accesso/pro die.

Le modalità di accesso al percorso riabilitativo ambulatoriale sono le seguenti:

- Per accedere alle prestazioni di cura presso i Nuclei di riabilitazione ambulatoriale, il MMG/PLS dell'assistito invia una richiesta finalizzata all'attivazione dell'intervento riabilitativo al Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione o al Servizio di NPIA della ASL di residenza del paziente;
- Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, competente per i soggetti adulti, oppure il Servizio di NPIA di residenza dell'assistito, competente per i soggetti in età evolutiva, per il tramite delle proprie articolazioni periferiche, procedono alla valutazione sanitaria e, ove lo ritengano necessario, redigono su apposito modulo del quale va consegnata copia allo stesso paziente il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) nel caso di soggetti adulti, oppure il Programma Terapeutico e Abilitativo/Riabilitativo nel caso di soggetti in età evolutiva;
- Una volta in possesso della prescrizione, il paziente potrà rivolgersi per le cure del caso ai centri ambulatoriali di riabilitazione o ai servizi di NPIA pubblici, o in subordine, nel caso la presa in carico non possa essere effettuata entro 30 giorni dal rilascio della prescrizione, ai Nuclei di riabilitazione ambulatoriale privati accreditati con il SSR e che hanno sottoscritto apposito contratto per questa tipologia di prestazioni riabilitative;

- Entro i 10 giorni precedenti alla conclusione del progetto/programma riabilitativo rilasciato dalla ASL, laddove il paziente necessita di proseguire le cure riabilitative, il Nucleo ambulatoriale che ha erogato il trattamento, al fine di evitare l'interruzione del percorso riabilitativo, chiede la proroga al Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione o al Servizio di NPIA della ASL di residenza dell'assistito;
- Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione o il Servizio di NPIA della ASL di residenza dell'assistito, per il tramite delle proprie articolazioni periferiche, procedono a nuova valutazione sanitaria del caso e, ove lo ritengano necessario, redige nuova prescrizione su apposito modulo del quale va consegnata copia allo stesso paziente.
- Decorso inutilmente il termine dei 10 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata. Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe) in sede di verifica dell'appropriatezza che vale fatto salvo il periodo di proroga tacitamente accordato.

ART. 2

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DEI PRESIDI TERRITORIALI DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI SOGGETTI PORTATORI DI DISABILITA' FISICHE, PSICHICHE, SENSORIALI O MISTE CHE EROGANO PRESTAZIONI AMBULATORIALI

2.1 Requisiti minimi per 1 unità funzionale di 40 pazienti / pro die con 36 ore di apertura settimanale, articolata su 5 gg a settimana.

2.1.1 Standard dimensionali e strutturali

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

La superficie totale utile dell'unità funzionale non può essere inferiore a 300 mq.

Le porte devono possedere caratteristiche tali da limitare l'ingombro durante l'apertura (P. es. porte scorrevoli, rototranslanti..). Le porte di accesso a camere, bagni o ambienti con spazi di manovra ridotti devono aprire verso l'esterno anche per consentire il soccorso a pazienti in caso di caduta.

Quando la porta apre verso vie di fuga o uscite di emergenza il senso di apertura deve essere verso l'esodo. La luce netta della porta deve essere di misura tale da consentire il passaggio di carrozzine.

I pavimenti devono avere una superficie antisdrucchiolo e non presentare dislivelli, asperità, sconnessioni e gradini nelle aree utilizzate dai degenti.

Nelle aree di transito comuni a degenti e visitatori eventuali dislivelli devono essere eliminati con brevi rampe a bassa pendenza (max 4-5%).

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

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

2.1.2 Servizi di nucleo funzionale

Devono essere presenti per ciascun nucleo:

- locale di servizio per il personale con annessi servizi igienici;
- almeno n.2 bagni per disabili;

- locale deposito materiale sporco (articolato per piano);
- locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, etc. (articolato per piano);
- servizio igienico per i visitatori/accompagnatori;

2.1.3 Area destinata alla valutazione e alle terapie

Tale area, deve prevedere:

- studio medico attrezzato per visite e valutazioni specifiche la cui superficie non deve essere inferiore a 16 mq;
- locali per l'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione la cui superficie non deve essere inferiore a 16 mq ciascuno.

Nello specifico:

- n. 1 locale per valutazione psico-diagnostica;
- n. 3 locali per fisiokinesiterapia;
- n. 1 locale per terapia occupazionale;
- n. 1 locale per neuro psicomotricità (solo per il Nucleo per età evolutiva);
- n. 1 locale per terapia del linguaggio;
- n. 1 palestra con attrezzature e presidi necessari per le specifiche attività riabilitative previste di dimensione non inferiore a 70 mq;
- n. 1 locale per l'attività infermieristica la cui superficie non deve essere inferiore a 16 mq;

2.1.4 Aree generali e di supporto

Tale area, che deve essere opportunamente individuata ed indicata all'interno della struttura, può servire anche diverse unità funzionali di assistenza ambulatoriale.

Devono essere previsti:

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

In caso di strutture organizzate a più nuclei per piano, ogni ala della struttura deve essere dotata di un ascensore che garantisca l'accesso ad almeno una carrozzina ed un operatore.

Nel caso in cui la struttura sia ubicata nello stesso corpo di fabbrica ove insistono anche nuclei di assistenza riabilitativa in regime residenziale/semiresidenziale, le **aree generali e di supporto** possono essere in comune.

2.2 REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Tutti gli ambienti delle varie aree e servizi devono essere dotati di impianto di riscaldamento e di condizionamento.

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

Devono essere presenti:

a - Attrezzature generiche

- 1 sollevatore pazienti elettrico con diverse tipologie di imbragature;

- almeno 2 carrozzine;
- disponibilità di cuscini antidecubito;

b - Attrezzature per la valutazione in fisioterapia

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

c - Dotazioni per il trattamento in fisioterapia

- n. 3 lettini elettrici per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 100 minimi x 200 x 44/85h);
- n. 2 letti di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85h) (Bobath);
- n. 2 letti di verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile;
- n. 2 lettini per masso-fisioterapia strumentale con testata ad inclinazione regolabile (cm180x70x75/80h);
- n. 4 materassini per cinesiterapia a pavimento;
- n. 4 specchi a muro per cinesiterapia;
- n. 2 bilance con quadrante basso;
- n. 1 scala modulare per rieducazione motoria;
- deambulatori ad altezza regolabile tipo "walker";
- deambulatori ad altezza regolabile tipo "rollator";
- ausili vari per la deambulazione (bastoni, tripodi, etc.);
- n. 1 cicloergometro e/o n. 1 tapis roulant;
- piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva;
- serie di sussidi per l'esercizio terapeutico manipolativo funzionale;
- serie di ausili per il rinforzo muscolare;
- n. 2 spalliere svedese;
- serie di bastoni per cinesiterapia;
- cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme;
- 1 maxicilindro (cm 100x85 dim);
- tavolo ergoterapico ad altezza ed inclinazione variabile ad uno o più segmenti;
- sedie e sgabelli vari;
- apparecchio elettrostimolatore per muscolatura normale e denervata;
- apparecchio per terapia antalgica;
- Attrezzature tecnologicamente avanzate per il recupero neuromotorio;

d - Dotazioni per la valutazione e il trattamento in logopedia

- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione/trattamento del linguaggio, della voce, della sordità, delle turbe neuropsicologiche e della deglutizione;
- la dotazione minima per l'ambiente dedicato alla logopedia deve prevedere anche:
- Tavolo con due sedie
- Armadi per riporre strumenti e materiali

e - Dotazioni per valutazione e trattamento in terapia occupazionale

- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità, interessi lavorativi e capacità lavorative residue, funzioni psico-intellettive, capacità fisiche ed esecutive.

La dotazione minima dell'ambiente dedicato alla terapia occupazionale deve prevedere:

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

f - Dotazioni per valutazione e trattamento in riabilitazione cognitiva e psicomotoria

La dotazione minima dell'ambiente dedicato alla riabilitazione cognitiva e psicomotoria deve prevedere:

- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle funzioni cognitive e psicomotorie. La dotazione testistica deve essere appropriata per le valutazioni nell'età evolutiva e nell'adulto;
- sussidi manuali ed elettronici per la riabilitazione delle funzioni cognitive e psicomotorie.
- Tavolo con due sedie
- Armadi per riporre strumenti e materiali
- Kit di riabilitazione cognitiva non informatizzato.
- Strumenti informatici (hardware e software) adatti allo svolgimento di esercizi di riabilitazione cognitiva (esercizi di riconoscimento, riordino, classificazione, associazione, attenzione, calcolo, orientamento, riproduzione di modelli, pianificazione, analisi di situazioni, problem solving etc.)

2.3 - REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il ruolo di Responsabile sanitario del Presidio di Recupero e Riabilitazione funzionale è affidato a un medico in possesso dei requisiti di cui all'art. 12 della L. R. n. 9/2017 e s.m.i.

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

Il Responsabile sanitario del Presidio di Recupero e Riabilitazione ed il personale medico sono costituiti da medici specialisti in riabilitazione. Per medico specialista in riabilitazione si intende un medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitativa ed equipollenti, ovvero un medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concorsuali, l'accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative così come individuate dal presente regolamento. *cfr. Documento "Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione" del 2011

Nel caso in cui il Presidio di Recupero e Riabilitazione sia costituito esclusivamente da Nuclei per l'età evolutiva, il Responsabile di Presidio ed il personale medico dovranno essere costituiti da medici specialisti in Neuropsichiatria dell'infanzia ed adolescenza.

Per ciascun Nucleo di riabilitazione ambulatoriale deve essere prevista e garantita la presenza di un Medico specialista della Riabilitazione (cfr. Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10/02/2011) (età adulta) o di un Medico specialista in Neuropsichiatria infantile (età evolutiva) per 38 ore settimanali che:

- 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;
- garantisce la regolare presenza del personale;
- è responsabile della predisposizione per ciascun paziente del Progetto Riabilitativo Individuale o del Programma terapeutico abilitativo-riabilitativo e della sua regolare erogazione ed archiviazione;
- vigila sull'aggiornamento tecnologico e formativo in funzione delle disabilità trattate e delle necessità identificate dall'equipe della struttura;
- provvede all'aggiornamento delle metodiche.

La tipologia delle figure professionali ed il debito orario variano a seconda di quanto previsto specificatamente per le diverse tipologie di Nuclei ambulatoriali e dettagliati nelle tabelle di seguito riportate.

Tutto il personale operante nel Presidio di Recupero e Riabilitazione Funzionale ambulatoriale deve essere in possesso delle necessarie qualificazioni professionali prevista per gli operatori del SSN, ovvero, nel rispetto della normativa vigente, deve essere in possesso di titolo di studio idoneo per l'accesso ai ruoli sanitari del Servizio sanitario Nazionale.

Tutto il personale operante nella struttura previsto nelle tabelle di cui all'articolo 3.3 deve essere assunto a tempo indeterminato. Le assunzioni a tempo determinato saranno ammesse per provvedere a sostituzioni di personale in organico a seguito di assenze giustificate e previste dalla normativa in materia di tutela dei lavoratori.

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

Il personale medico è composto da medici specialisti in riabilitazione o in NPIA nel caso di Nucleo per l'età evolutiva.

Presso il Presidio di riabilitazione, comprendente uno o più Nuclei di riabilitazione ambulatoriale, deve essere presente un medico con abilitazione BLS (Basic Life Support & Defibrillation) e ILS (Immediate Life Support).

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

Per ogni utente è:

- redatto il Progetto Riabilitativo Individuale o il Progetto Terapeutico-abilitativo per l'età evolutiva;
- compilata la cartella clinica che deve contenere i dati relativi al paziente (anagrafici, operatori di riferimento, diagnosi, valutazione sociale), il Progetto Riabilitativo Individuale o il Progetto Terapeutico-Abilitativo per l'età evolutiva, 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.

Nello specifico:

- **il Medico specialista in riabilitazione** è responsabile della redazione del PRI.
- **il Medico specialista in NPIA** è responsabile della redazione del PTAR (Progetto Terapeutico-Abilitativo/Riabilitativo per l'età evolutiva).

Qualsiasi trattamento riabilitativo non può avere decorrenza da data precedente alla redazione del PRI o PTAR. La redazione del PRI o PTAR e le valutazioni specialistiche finalizzate al conseguimento degli obiettivi riabilitativi, anche attraverso la compilazione di scale, da parte del medico responsabile devono essere puntualmente documentati in cartella.

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

Qualora il paziente sia impedito, il modulo verrà controfirmato dal Direttore sanitario.

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

L'organizzazione garantisce all'ospite:

- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose;
- prestazioni infermieristiche;
- prestazioni riabilitative;
- prestazioni di aiuto personale;

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

- la mission;
- la dotazione del personale con le rispettive attribuzioni/compiti;
- le norme igienico sanitarie;
- le finalità ed i metodi riabilitativi e abilitativi;

- 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.

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

I Presidi di Riabilitazione assolvono al debito informativo nei confronti della Regione, delle ASL e delle UVARP e aderiscono al Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

ART. 3

REQUISITI SPECIFICI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DEI PRESIDI TERRITORIALI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI SOGGETTI PORTATORI DI DISABILITA' FISICHE, PSICHICHE E SENSORIALI CHE EROGANO PRESTAZIONI AMBULATORIALI

3.1 REQUISITI SPECIFICI STRUTTURALI

Sono confermati i requisiti descritti nell'art. 2.1 *Requisiti minimi strutturali*.

3.2 REQUISITI SPECIFICI TECNOLOGICI

Sono confermati i requisiti descritti nell'art. 2.2 *Requisiti minimi tecnologici*.

3.3 - REQUISITI SPECIFICI ORGANIZZATIVI

Il Nucleo di riabilitazione ambulatoriale eroga prestazioni ambulatoriali per almeno 6 ore giornaliere e per 5 giorni alla settimana.

È garantita, per ogni paziente, la predisposizione del Progetto Riabilitativo Individuale o il Progetto Terapeutico-abilitativo per l'età evolutiva, con gli specifici programmi e tempi di realizzazione previsti.

Per ogni Nucleo di riabilitazione ambulatoriale per l'**ETÀ ADULTA** (n. 40 pazienti / die), è garantita la presenza del seguente personale:

- medico responsabile del Nucleo;
- medici specialisti in riabilitazione;
- psicologi;
- assistenti sociali;
- professionisti sanitari della riabilitazione;
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.
- personale amministrativo.

Per ogni Nucleo di riabilitazione ambulatoriale per l'**ETÀ EVOLUTIVA** (n. 40 pazienti / die), è garantita la presenza del seguente personale:

- medico responsabile del Nucleo;
- medici specialisti in neuropsichiatria infantile;
- psicologi;
- assistenti sociali;
- professionisti sanitari della riabilitazione;
- operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.
- personale amministrativo.

Lo standard minimo di personale per n. 1 Nucleo di riabilitazione ambulatoriale per **l'ETA' ADULTA** (n. 40 pazienti/die) è quello di seguito riportato:

Nucleo funzionale di assistenza AMBULATORIALE			
Per ADULTI			
(N. 40 PAZIENTI pro die per 5 gg/settimana)			
FIGURE PROFESSIONALI	N. UNITA'	min. di assist./ Paz/die	min. di terapia riabil./ paz/die
MEDICO SPECIALISTA FISIATRA	1	11	11
FISIOTERAPISTA	6	65	90
LOGOPEDISTA	1,3	14	
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	1	11	
OSS	2	21	
PSICOLOGO	6 ore/sett.	2	2
ASSISTENTE SOCIALE	6 ore/sett.	2	2
AMMINISTRATIVO	6 ore/sett.	2	
TOTALE MINUTI DI ASSISTENZA		128	105

Lo standard minimo di personale per n. 1 nucleo funzionale di assistenza ambulatoriale per **l'ETA' EVOLUTIVA** (n. 40 pazienti/die) è quello di seguito riportato:

Nucleo funzionale di assistenza AMBULATORIALE			
Per ETA' EVOLUTIVA			
(N. 40 PAZIENTI pro die per 5 gg/settimana)			
FIGURE PROFESSIONALI	N. UNITA'	min. di assist./ Paz/die	min. di terapia riabil./ paz/die
NEUROPSICHIATRA INFANTILE	1	11	11
FISIOTERAPISTA	1	11	97
LOGOPEDISTA	3	32	
NEUROPSICOMOTRICISTA DELL'ETA' EVOLUTIVA	3	32	
EDUCATORE PROFESSIONALE	1	11	
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	1	11	
OSS	2	21	
PSICOLOGO	1	11	11
ASSISTENTE SOCIALE	6 ore/sett.	2	2
AMMINISTRATIVO	6 ore/sett.	2	2
TOTALE MINUTI DI ASSISTENZA		144	123

Per entrambe le tipologie (età adulta ed età evolutiva) si intende:

*1 unità di personale medico = contratto a 38 ore; 1 unità delle varie figure professionali = contratto a 36 ore
I minuti di assistenza paziente sono comprensivi dei minuti di terapia riabilitativa*

Nelle ore di apertura del Nucleo di riabilitazione ambulatoriale deve essere garantita la presenza di medico specialista nella disciplina specifica della tipologia di assistenza .

Per il Nucleo funzionale di assistenza ambulatoriale dedicato all'età adulta:

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

Gli operatori socio-sanitari devono garantire assistenza per non meno di 21 minuti pro/die a paziente.

I minuti assistenza per paziente riferiti al medico specialista, allo Psicologo e all'Assistente sociale vanno erogati facendo riferimento al fabbisogno settimanale. L'assistenza del medico è assicurata per non meno di 55 minuti/paziente/settimana. L'assistente sociale deve assicurare un debito orario di non meno di 40 minuti/paziente/mese.

Per il Nucleo funzionale di assistenza ambulatoriale dedicato all'età evolutiva:

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741- D.M. 27 luglio 2000; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742 - D.M. 27 luglio 2000; terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56 - D.M. 27 luglio 2000; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n.136 - D.M. 27 luglio 2000; educatore professionali ex D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 - D.M. 27 luglio 2000) possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia di disabilità prevalentemente trattata e per esigenze di turnazione, fermo restando il numero complessivo di 9 unità; l'assistenza garantita dal suddetto personale non dovrà essere inferiore a 97 minuti al giorno per paziente.

Gli operatori socio-sanitari devono garantire assistenza per non meno di 21 minuti pro/die a paziente.

I minuti assistenza per paziente riferiti al medico specialista, allo Psicologo e all'Assistente sociale vanno erogati facendo riferimento al fabbisogno settimanale. L'assistenza del medico è assicurata per non meno di 55 minuti/paziente/settimana. L'assistente sociale deve assicurare un debito orario di non meno di 40 minuti/paziente/mese.

ART. 4

REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO DEI PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI SOGGETTI PORTATORI DI DISABILITA' FISICHE, PSICHICHE E SENSORIALI - PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Per i requisiti di accreditamento dei presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali che erogano prestazioni ambulatoriali si rimanda all'art. 11 del regolamento regionale 16 aprile 2015, n. 12 e s.m.i.

ART. 5

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO

Il fabbisogno di prestazioni ambulatoriali dei presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste è stabilito nel numero pari alla somma:

- delle prestazioni ambulatoriali autorizzate all'esercizio ed accreditate alla data di entrata in vigore del presente regolamento;
- delle prestazioni ambulatoriali derivanti dalla riconversione dei posti residenziali e semiresidenziali autorizzati all'esercizio ed accreditati secondo le previsioni degli articoli 12 e 15 del regolamento regionale 16 aprile 2015, n. 12 e s.m.i.;
- delle prestazioni ambulatoriali autorizzate all'esercizio alla data di entrata in vigore del presente regolamento.

Le prestazioni ambulatoriali rientranti nel fabbisogno di cui al presente articolo sono riconvertite in Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età adulta ed in Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età evolutiva nel rispetto delle valutazioni sul fabbisogno aziendale per tale tipologia di assistenza che i Direttori generali presentano al Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti.

La riconversione delle prestazioni ambulatoriali nei Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età adulta e nei Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età evolutiva sarà oggetto di apposite preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore, nel rispetto del fabbisogno regionale, e da approvarsi con successivo provvedimento di Giunta regionale.

ART. 6

AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE, AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO ED ACCREDITAMENTO

I Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età adulta ed i Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età evolutiva nell'ambito dei presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste sono soggetti all'autorizzazione alla realizzazione, all'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento secondo le procedure e nei termini stabiliti dalla L.R. 2 maggio 2017, n. 9 e s.m.i., in relazione al fabbisogno definito dal presente Regolamento.

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

ART. 7

VERIFICHE E SANZIONI

Le verifiche sul rispetto delle disposizioni di legge, sul possesso e sulla permanenza dei requisiti generali e di quelli strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi minimi e specifici definiti dal presente regolamento sono effettuate secondo quanto disposto dall'art. 23 della L.R. 2 maggio 2017, n. 9 e s.m.i.

Le cause di decadenza dell'autorizzazione all'esercizio e di revoca dell'accreditamento, oltre al mancato adeguamento e permanenza alle disposizioni di cui al presente Regolamento, sono quelle previste dalla L. R. 2 maggio 2017, n. 9 e s.m.i.

Per quanto attiene il regime sanzionatorio, si rinvia a quanto espressamente disciplinato in materia dall'art. 14 della L. R. 2 maggio 2017, n. 9 e s.m.i..

ART. 8 NORME TRANSITORIE

I presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste già autorizzati ed accreditati dalla Regione Puglia alla data di entrata in vigore del presente Regolamento, ai fini della conferma dell'autorizzazione e dell'accreditamento, possono riconvertire le prestazioni ambulatoriali già autorizzate ed accreditate nei Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età adulta e nei Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età evolutiva, nel rispetto del fabbisogno di cui al precedente art. 5.

I Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale e i Centri ambulatoriali di riabilitazione già autorizzati alla data di entrata in vigore del presente Regolamento, ai fini della conferma dell'autorizzazione all'esercizio e del conseguimento dell'accreditamento, possono riconvertire le prestazioni ambulatoriali già autorizzate nei Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età adulta e nei Nuclei di riabilitazione ambulatoriale per l'età evolutiva, nel rispetto del fabbisogno di cui al precedente art. 5.

A tal fine il piano di riconversione, nel rispetto del fabbisogno regionale di cui al precedente art. 5, sarà oggetto di apposite preintese da sottoscrivere con ogni singolo erogatore da parte del Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle pari Opportunità, e che sarà approvato da parte della Giunta regionale.

A far data dall'approvazione del piano di riconversione di cui all'art. 5, entro i successivi 60 giorni i singoli erogatori presentano alla Regione Puglia istanza di conferma e/o di riconversione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento, ovvero istanza di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e istanza per il conseguimento dell'accreditamento, con la specifica indicazione del numero e tipologia di nuclei di riabilitazione ambulatoriale così come previsti nel presente regolamento, con le modalità previste dalla L.R. n.9/2017 e s.m.i. ed i successivi atti regolamentari della stessa.

In caso di conferma, l'istanza dovrà contenere in autocertificazione la dichiarazione del possesso dei requisiti di cui al presente regolamento. In caso di riconversione l'istanza dovrà contenere un piano di adeguamento da attuare con espresso impegno all'adeguamento entro i limiti temporali stabiliti nel presente articolo.

Per le prestazioni ambulatoriali di cui al precedente art. 5, i presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste già autorizzati ed accreditati alla data di entrata in vigore del presente Regolamento, ovvero i Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale e i Centri ambulatoriali di riabilitazione già autorizzati alla data di entrata in vigore del presente Regolamento, devono adeguarsi ai requisiti di cui al presente Regolamento nei termini di seguito indicati a far data dalla approvazione del piano di riconversione da parte della Giunta regionale:

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

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

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

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

In deroga al precedente punto b), i Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale e i Centri ambulatoriali di riabilitazione già autorizzati alla data di entrata in vigore del presente Regolamento, se all'atto della verifica da parte del Dipartimento di Prevenzione non dimostrano di avere i requisiti strutturali del R.R. n.3/2005 devono adeguarsi ai requisiti strutturali del presente regolamento, nel rispetto del termine previsto al precedente punto b).

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

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

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

ART. 9

NORMA DI RINVIO

Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento, si rinvia alla normativa regionale vigente in materia, ed in particolare alla L. R. 9/2017 e s.m.i. e al Regolamento Regionale n. 3/2005 e s.m.i. per la sezione A "Requisiti generali", ed alla normativa nazionale vigente in materia.

Per le strutture ammesse alla deroga di cui al precedente art. 8, punto b), nei limiti di quanto previsto nello stesso art. 8, si rinvia ai requisiti strutturali di cui alla sezione B.02 "Presidi Ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funzionale" del Regolamento regionale 13 gennaio 2005, n.3.

ART. 10

NORMA ABROGATIVA

Il presente Regolamento abroga la sezione B.02.01 “Centri ambulatoriali di riabilitazione” del Regolamento regionale 13 gennaio 2005, n.3.

Il presente Regolamento abroga la sezione B.02 “Presidi Ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funzionale” fatta eccezione per il paragrafo “Requisiti strutturali” al solo fine della deroga di cui al precedente art. 8, punto b).

Il presente Regolamento abroga la sezione D.01 “Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali” del Regolamento regionale 13 gennaio 2005, n.3 fatta eccezione per il paragrafo “Requisiti strutturali” al solo fine della deroga di cui all’art. 15, punto b) del regolamento regionale 16 aprile 2015, n. 12.

ART. 11

MODIFICA ALL’ART. 5 “NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE DI MANTENIMENTO RIABILITATIVO (per disabili ad ALTA complessità assistenziale sanitaria)” DEL REGOLAMENTO REGIONALE 16 APRILE 2015, N.12

11.1 All’art. 5 del regolamento regionale 16 aprile 2015, n.12 il capoverso “2^ tipologia” è sostituito dal seguente:

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

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

- a) Necessità di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa alla persona che non può essere gestito al domicilio;
- b) Ridotta possibilità di recupero delle autonomie con rischio di scompenso emotivo-comportamentale e peggioramento funzionale qualora estrapolato dall’abituale contesto educativo e relazionale;
- c) Necessità di una presa in carico assistenziale sanitaria e di tutela nel lungo termine (medica, psicologica, infermieristica e riabilitativa) che non può essere garantita in ambito familiare e in altro setting assistenziale.

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

11.2 All’art. 5 del regolamento regionale 16 aprile 2015, n.12 il capoverso “In riferimento alla 2^ tipologia di paziente” è sostituito dal seguente:

In riferimento alla 2^ tipologia di paziente

A seguito di valutazione e autorizzazione rilasciata dall’U.O.del DIP. MFeR insistente nella ASL ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG o anche su proposta dello stesso Presidio di Riabilitazione che ospita il paziente in altro setting assistenziale o su proposta del MMG. La U.O.del DIP. MFeR valuta la sussistenza dei requisiti di cui ai precedenti punti a), b) e c) ai fini della presa in carico del paziente.

La prescrizione dei precedenti punti 1), 2) e 3) deve espressamente indicare che *“il paziente, in condizioni cliniche stabilizzate, necessita di n. ____ gg di trattamento riabilitativo residenziale di mantenimento. Il paziente richiede elevato impegno assistenziale sanitario e di tutela nel lungo termine (medica, psicologica, infermieristica e riabilitativa) che non può essere garantita in ambito familiare e in altro setting assistenziale.”*

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

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

11.3 All'art. 5 del regolamento regionale 16 aprile 2015, n.12 dopo le parole “Per la richiesta di proroga si procede nel seguente modo:” il capoverso “In riferimento alla 1^ tipologia di paziente” è sostituito dal seguente:

“in riferimento alla 1^ e 2^ tipologia di paziente”

11.4 All'art. 5 del regolamento regionale 16 aprile 2015, n.12 dopo le parole “Per la richiesta di proroga si procede nel seguente modo:” è soppresso il capoverso “In riferimento alla 2^ tipologia di paziente”.

ART. 12

MODIFICA ALL'ART. 12 “DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO” DEL REGOLAMENTO REGIONALE 16 APRILE 2015, N.12

12.1 All'art. 12 del regolamento regionale 16 aprile 2015, n.12 dopo le parole “Il fabbisogno di prestazioni dei presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste è stabilito in misura pari ai posti residenziali e semiresidenziali autorizzati all'esercizio ed accreditati”

sono aggiunte le parole

“e in misura pari ai posti residenziali e semiresidenziali autorizzati all'esercizio precedentemente all'entrata in vigore del R.R. n. 12/2015”

12.2 All'art. 12 del regolamento regionale 16 aprile 2015, n.12 secondo capoverso, dopo le parole “Si specifica che i posti residenziali e semiresidenziali autorizzati all'esercizio ed accreditati” sono aggiunte le parole “ovvero i posti residenziali e semiresidenziali autorizzati all'esercizio”.

12.3 All'art. 12 del regolamento regionale 16 aprile 2015, n.12 nella parte relativa all'elenco puntato, il punto 3. è sostituito dal seguente:

“3. 65% dei posti residenziali attualmente autorizzati all'esercizio ed accreditati convertiti in nuclei di assistenza residenziale riabilitativa estensiva;”

12.4 All'art. 12 del regolamento regionale 16 aprile 2015, n.12 nella parte relativa all'elenco puntato, il punto 4. è sostituito dal seguente:

“4. 10% dei posti residenziali attualmente autorizzati all’esercizio ed accreditati convertiti in nuclei di assistenza residenziale di mantenimento riabilitativo (per disabili ad alta complessità assistenziale sanitaria – tipologia di paziente 1 e 2);

12.5 All’art. 12 del regolamento regionale 16 aprile 2015, n.12 ultimo capoverso, dopo le parole “Il numero dei posti letto occupati da pazienti ricoverati nell’ex Istituto Ortofrenico di Bisceglie e di Foggia alla data di promulgazione del presente regolamento saranno riconvertiti in nuclei di assistenza residenziale di mantenimento riabilitativo ad esaurimento” sono aggiunte le parole:

“con esclusione dei posti letto occupati da pazienti eleggibili ad altro setting assistenziale di tipo sociosanitario.”

ART. 13

MODIFICA ALL’ART. 15 “NORME TRANSITORIE” DEL REGOLAMENTO REGIONALE 16 APRILE 2015, N.12

13.1 All’art. 15 del regolamento regionale 16 aprile 2015, n.12 dopo il secondo capoverso, aggiungere il seguente capoverso:

“I presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste già autorizzati alla data di entrata in vigore del R.R. n. 12/2015, ai fini della conferma dell’autorizzazione e dell’accreditamento, possono riconvertire i posti residenziali e semiresidenziali già autorizzati nel rispetto del fabbisogno di cui al precedente art. 12.”

13.2 All’art. 15 del regolamento regionale 16 aprile 2015, n.12 ottavo capoverso, dopo le parole “I presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste già autorizzati ed accreditati dalla Regione Puglia” aggiungere le seguenti parole: “ovvero già autorizzati all’esercizio”