



REPUBBLICA ITALIANA

Regione Lombardia

BOLLETTINO UFFICIALE

MILANO - VENERDÌ, 31 DICEMBRE 2004

5° SUPPLEMENTO STRAORDINARIO

Sommario

C) GIUNTA REGIONALE E ASSESSORI

DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE 16 DICEMBRE 2004 - N. 7/19883	(3.2.0)	
Riordino della rete delle attività di riabilitazione		2

Anno XXXIV - N. 314 - Poste Italiane - Spedizione in abb. postale - 45% - art. 2, comma 20/b - Legge n. 662/1996 - Filiale di Varese

C) GIUNTA REGIONALE E ASSESSORI

(BUR2003011)

D.g.r. 16 dicembre 2004 - n. 7/19883

(3.2.0)

Riordino della rete delle attività di riabilitazione

LA GIUNTA REGIONALE

Visti

– la l. 23 dicembre 1978, n. 833 «Istituzione del servizio sanitario nazionale», ed in particolare l'art. 26 «Prestazioni di riabilitazione»;

– l'art. 8, comma 4, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, che tra l'altro prevede:

- la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
- la definizione dell'ambito di applicazione degli accordi contrattuali;

– il d.m. Sanità 15 aprile 1994 che ha introdotto il finanziamento prospettico a prestazione per le attività di ricovero e cura;

– il d.P.R. 14 gennaio 1997 «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private»;

– le Linee Guida sulla riabilitazione emanate a livello nazionale pubblicate sulla G.U. 30 maggio 1998, n. 124;

Richiamata la l.r. 11 luglio 1997, n. 31 «Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali» e successive modifiche ed integrazioni, e in particolare l'art. 12, comma 5-bis che prevede che la «Giunta Regionale verifica annualmente sulla base dei rapporti instaurati ai sensi del comma 5, il mantenimento degli indici programmatori di fabbisogno sanitario»;

Viste:

– la l.r. 12 agosto 1999, n. 15 «Modifiche e abrogazioni legislative per la realizzazione dei progetti del Programma Regionale di Sviluppo»;

– la l.r. 5 gennaio 2000, n. 1 «Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112», art. 4, comma 58;

Visti i provvedimenti regionali:

– la d.g.r. 9 settembre 1986, n. 4/12448 «Adozione dello schema tipo di convenzione di cui al d.m. 18 maggio 1984 e successive modificazioni»;

– la d.g.r. 23 luglio 1991, n. 5/11625 «Determinazioni per l'anno 1991 delle rette degli Istituti di riabilitazione geriatrici, psichiatrici, psico-organici e per disabili psichici»;

– la d.g.r. 29 marzo 1994, n. 5/50479 «Istituti di riabilitazione geriatrica intensiva post-acute: adozione dello schema tipo regionale di convenzione; autorizzazione della convenzione zonale stipulata per l'anno 1994»;

– la d.g.r. 1 luglio 1997, n. 5/29538 «Accreditamento provvisorio dei Presidi Sanitari di riabilitazione extraospedaliera, già convenzionati ex art. 26, l. 833/78»;

– la d.g.r. 6 agosto 1998, n. 6/38133 «Attuazione dell'art. 12, comma 3 e 4, della l.r. 11 luglio 1997 n. 31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie»;

– la d.g.r. 29 dicembre 1999, n. 6/47508 «Approvazione schema-tipo di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra Azienda Sanitaria Locale e i soggetti erogatori di prestazioni in regime di Servizio Sanitario Regionale, ai sensi dell'art. 12, comma 5, della legge regionale 31/97»;

– la d.g.r. 19 gennaio 2001, n. 7/3130 «Proroga per l'anno 2001 delle disposizioni in merito all'accREDITAMENTO delle strutture socio sanitarie per anziani e disabili, e degli Istituti di riabilitazione extraospedaliera, ex art. 26 della l. n. 833/78. Disposizioni in merito agli incrementi tariffari»;

– la d.g.r. 26 gennaio 2001, n. 7/3265 «Ulteriori indicazioni in merito alla modalità di verifica degli standard e per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie pubbliche e private previste dalla d.g.r. 38133/98»;

– la d.g.r. 2 febbraio 2001, n. 7/3312 «Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla

l.r. 15/99, relative alle attività sanitarie svolte presso le strutture pubbliche e private»;

– la d.c.r. 13 marzo 2002, n. VII/462 «Piano socio sanitario regionale 2002-2004»;

– la d.g.r. 9 aprile 2002, n. 7/8674 «Prime determinazioni conseguenti all'approvazione del PSSR 2002-2004 di cui alla d.c.r. VII/462/02» con la quale è stato superato il principio della coincidenza tra posti letto autorizzati e posti letto accreditati;

– la d.g.r. 24 aprile 2002, n. 7/8867 «Determinazioni conseguenti all'approvazione della d.c.r. 462/02 relative all'iscrizione al registro regionale delle strutture sanitarie accreditate e alla stipula dei rapporti contrattuali, ex art. 12, comma 5, l.r. 31/97»;

– la d.g.r. 21 giugno 2002, n. 7/9491 «Definizione dei rapporti contrattuali di cui alla d.g.r. 47508/99 in applicazione degli indici programmatori espressi dal PSSR 2002-2004» con la quale, tra l'altro, è stato confermato il blocco dei posti letto ordinari e di day hospital fino all'emanazione dell'atto di riordino dell'attività riabilitativa;

– la d.g.r. 7 aprile 2003, n. 7/12622 «Assegnazioni per l'anno 2003 alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e, per la parte di competenza, al comune di Milano, dei finanziamenti per i servizi socio sanitari integrati e per i servizi e gli interventi sociali. Modifiche di tariffe a carico del Fondo sanitario regionale»;

– la d.g.r. 28 novembre 2003, n. 7/15324 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2004», in particolare l'allegato 4;

– la d.g.r. 23 gennaio 2004, n. 7/16076 «Proroga del termine di presentazione della domanda di riconversione in Residenza sanitaria assistenziale per disabili da parte degli Istituti di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26, l. 833/78»;

– la d.g.r. 17 maggio 2004, n. 7/17513 «Piano regionale triennale per la salute mentale – in attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002/2004»;

Visti i decreti del Direttore Generale Sanità:

– n. 2877 del 9 febbraio 2001 «Prime determinazioni in merito alle modalità di verifica degli standard di dotazione organica per l'accREDITAMENTO delle strutture pubbliche e private previste alla d.g.r. n. 38133/98 e per l'accertamento quadrimestrale di cui agli articoli 2 degli allegati 1 e 2 alla delibera n. 47508 del 29 dicembre 1999»;

– n. 16351 del 5 luglio 2001 «Ulteriori indicazioni procedurali rispetto ai percorsi delineati con d.g.r. n. 38133/98 e n. 3312/01»;

– n. 16792 del 10 luglio 2001 «Ulteriori determinazioni in merito alle modalità di verifica degli standard di dotazione organica per l'accREDITAMENTO delle strutture pubbliche e private previste alla d.g.r. n. 38133/98 e per l'accertamento quadrimestrale di cui agli articoli 2 degli allegati 1 e 2 alla delibera n. 47508 del 29 dicembre 1999»;

– n. 26436 del 6 novembre 2001 «Approvazione delle linee guida per la verifica dei requisiti minimi strutturali e tecnologici, generali e specifici, previsti dal d.P.R. 14 gennaio 1997 e dalla d.g.r. 38133/98»;

Richiamato il Piano socio sanitario regionale 2002-2004 (PSSR), laddove, in riferimento alla «rete delle strutture riabilitative», si esprime a favore del superamento della distinzione tra assistenza «ospedaliera ed extraospedaliera», giudicando tale distinzione non più fondata né sul piano assistenziale né su quello organizzativo;

Precisato che per riabilitazione si intende l'applicazione di tecniche e metodiche che, tenendo conto dello stato clinico del paziente con le sue singole o plurime componenti patologiche, sono rivolte a recuperare uno stato funzionale compromesso da un unico evento o da più eventi concomitanti ed identificabili (evento/i indice), oppure a evocare abilità e competenze non comparse o in ritardo rispetto allo sviluppo cosiddetto fisiologico;

Preso atto che il citato PSSR prevede che:

– «L'obiettivo che la Regione Lombardia deve perseguire è quello di creare un modello di percorso integrato e continuo sanitario, sociosanitario e socio assistenziale. Tale percorso implica la stretta connessione dei programmi di intervento sanitario, finalizzati a sollecitare tutte le risorse potenziali dell'individuo, con gli interventi sociali orientati a sviluppare e rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali,

così da consentire l'inserimento o il reinserimento del disabile nei diversi cicli dell'esistenza e il miglioramento della sua qualità della vita»;

– «La evoluzione della struttura della popolazione richiede una evoluzione della offerta riabilitativa che deve garantire:

- un intervento tempestivo e precoce, vale a dire in quella fase della malattia in cui è maggiore il potenziale di ripristino totale della autonomia;
- un modello riabilitativo che dia continuità alle diverse fasi del recupero e mantenimento della funzione e che possa, altresì, affrontare la riacutizzazione della patologia che ha determinato la perdita di autonomia;
- un modello di accoglienza adeguato al mantenimento delle abilità residue, sia fisiche che psichiche, per un ricovero breve "di sollievo" della famiglia o di chi si prende abitualmente cura del soggetto debole»;

Ricordato che il PSSR individua nel Dipartimento una funzione complessa rivolta sostanzialmente a:

– promuovere il coordinamento clinico tra responsabili delle U.O.,

– promuovere l'utilizzo integrato ed ottimale di tutte le risorse assegnate, rivolto al miglioramento dell'efficienza,

– attivare la funzione di «clinical governance», intesa come punto d'incontro fra il coordinamento clinico, la responsabilità professionale e i compiti di tipo organizzativo della direzione sanitaria e della dirigenza infermieristica

e che il Dipartimento può essere una valida modalità di organizzazione integrata delle varie tipologie di attività riabilitative all'interno delle strutture sanitarie;

Ricordato altresì che il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) in merito al riordino della rete riabilitativa ha espresso il seguente orientamento:

«In particolare in questi ultimi anni si è visto un forte incremento del carico assistenziale nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) a fronte di una sempre maggiore difficoltà degli ospedali a trattenere patologie croniche stabilizzate. C'è quindi la necessità di creare una rete intermedia tra ospedale e RSA che permetta a casi di anziani con carichi assistenziali medio-pesanti una risposta più adeguata alle loro necessità di assistenza senza gravare sull'organizzazione e la gestione delle altre strutture di assistenza»;

Considerato che il tempo trascorso dall'evento indice, il tipo di menomazione all'origine della disabilità da trattare, le condizioni generali della persona e la sua possibilità di recupero funzionale possono richiedere o controindicare prevalenti, specifici ed intensi apporti tecnico-strumentali e professionali;

Vista la d.g.r. n. 18405 del 30 luglio 2004 «Riordino della rete delle Attività di Riabilitazione – Richiesta di parere della Commissione Consiliare Competente»;

Ritenuto necessario, in armonia con il PSSR e le Linee Guida nazionali sulla riabilitazione precedentemente citati, superare le tipologie previste dalla d.g.r. n. 6/38133/1998 di «Lungodegenza», «Recupero e riabilitazione funzionale» e «Neuro-riabilitazione» afferenti alla Direzione Generale Sanità nonché quelle della riabilitazione extraospedaliera ex art. 26 della l. 833/78, afferenti alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale;

Ritenuto, pertanto, di definire le aree di intervento riabilitativo in: riabilitazione specialistica, riabilitazione generale e geriatrica, riabilitazione di mantenimento, così come stabilito nell'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Ritenuto inoltre di dover identificare ulteriori modelli organizzativi di erogazione delle prestazioni a ciclo diurno, ambulatoriali e domiciliari dedicati espressamente a quelle persone che, fra coloro che necessitano di interventi riabilitativi, sono le più fragili in quanto trarrebbero detrimento da una istituzionalizzazione prolungata, ma si trovano nella condizione di non poter sostenere autonomamente, parzialmente o totalmente, le normali attività e relazioni di vita quotidiana oppure sono fisicamente impossibilitate a recarsi presso le strutture e i servizi socio-sanitari territoriali;

Ritenuto, pertanto, di introdurre in area generale e geriatrica i regimi di erogazione a ciclo diurno continuo, ambulatoriale e domiciliare;

Assunti quali requisiti minimi generali strutturali e tecnologici ed organizzativi quelli stabiliti con la già citata d.g.r.

6/38133/1998 e successive modifiche ed integrazioni e, quali requisiti minimi specifici strutturali e tecnologici ed organizzativi per tipologia di regimi di intervento, quelli definiti nell'Allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Precisato, inoltre, che gli Istituti di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26 (IDR), per tutte le aree di riabilitazione continueranno a fare riferimento unicamente alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, anche per quanto riguarda tutti gli aspetti autorizzativi e di accreditamento di cui al presente provvedimento;

Dato atto che gli IDR, provvisoriamente accreditati, devono chiedere, per poter continuare ad esercitare l'attività, l'autorizzazione ed accreditamento per singola Unità Operativa come definito all'Allegato 2, e secondo il percorso stabilito nell'Allegato 4, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Considerato che la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, compatibilmente con le risorse disponibili, propone di dimensionare i posti letto per area di intervento e per le diverse tipologie di regimi tendenzialmente nel modo seguente:

– riabilitazione specialistica: 550 posti letto di ricovero ordinario e 40 posti di day hospital

– riabilitazione generale e geriatrica: 1700 posti letto di ricovero ordinario, 85 di day hospital e 850 posti a ciclo diurno continuo

– riabilitazione di mantenimento: 2600 posti letto di ricovero ordinario;

Precisato che possono accedere all'autorizzazione e all'accreditamento di U.O. di Riabilitazione di Mantenimento di Reinserimento e di attività di «Riabilitazione in regime diurno continuo, Ambulatoriale e Domiciliare in area generale e geriatrica» esclusivamente gli IDR, provvisoriamente accreditati con le seguenti specificazioni:

a) in particolare gli IDR che, alla data di pubblicazione di questa deliberazione, non svolgevano attività di day hospital, possono richiedere l'accREDITAMENTO per posti in regime di day hospital solo se sono in possesso dei requisiti previsti nell'Allegato 2 ed esclusivamente mediante la trasformazione di posti letto già attivi in regime di degenza piena e secondo la proporzione 2 posti letto di degenza piena / 1 posto letto in regime di day hospital;

b) possono accedere all'autorizzazione e all'accREDITAMENTO di attività di «Riabilitazione domiciliare» esclusivamente gli IDR che, alla data di pubblicazione di questa deliberazione, svolgono attività domiciliare;

c) le attività ambulatoriali in capo alla Direzione Generale Sanità saranno denominate «di Riabilitazione specialistica»;

– nulla varia riguardo i requisiti, le modalità di erogazione e le tariffe delle attività ambulatoriali e dei day hospital attualmente definiti dalla d.g.r. n. 6/38133/1998 che sono in capo alla Direzione Generale Sanità;

Ritenuto di recepire le regole di sistema, relative alle attività di riabilitazione riportate in Allegato n. 3, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Precisato che per quanto riguarda i requisiti di assistenza infermieristica si applicano:

– in area specialistica: le modalità di assolvimento previste dalla normativa vigente per le strutture sanitarie afferenti alla Direzione Generale Sanità, con particolare riferimento alle note della DG Sanità prot. n. 130553 del 24 dicembre 1998 e prot. H1.2002.0061273 del 15 novembre 2002 che prevedono rispettivamente che nel computo dei minuti di assistenza il personale con qualifica OTA può essere considerato per non oltre il 30% e il personale inquadrato come OSS per non oltre il 50%, non cumulabili;

– in area generale e geriatrica: le modalità di cui al punto precedente con la precisazione che, per gli IDR afferenti alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, la qualifica di OTA può essere transitoriamente sostituita con quella di ASA;

– in area di mantenimento di reinserimento, afferenti alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale: il personale ASA, OTA e OSS concorre allo standard infermieristico fino ad un massimo dell'80%;

Ritenuto, inoltre, che le strutture sanitarie di ricovero e cura attualmente accreditate e a contratto con le ASL per atti-

vità riabilitative (cod. attuali 56, 28, 75, 60), le attività accreditate relative a sperimentazioni pubblico/privato già approvate dalla Giunta, le attività di cui al punto 3 primo comma del dispositivo della d.g.r. 7/9491 del 21 giugno 2002 e gli IDR provvisoriamente accreditati debbano essere riclassificati, secondo le tipologie elencate nell'Allegato 1;

Precisato che, per quanto riguarda le strutture sanitarie di ricovero e cura le attuali U.O. di «Recupero e riabilitazione funzionale» e «Neuroriabilitazione» (cod. 28, 56, 75) sono riconducibili, in funzione delle tipologie di attività erogate, a U.O. di Riabilitazione specialistica, o generale e geriatrica o di mantenimento, mentre le attuali U.O. di Lungodegenza (cod. 60) sono riconducibili a U.O. di Riabilitazione generale e geriatrica o a U.O. di Riabilitazione di mantenimento;

Ritenuto che possano essere autorizzate ed accreditate:

- macroattività di «Riabilitazione generale e geriatrica» e/o di «Riabilitazione di mantenimento» presso le U.O. di «Riabilitazione specialistica»;

- macroattività di «Riabilitazione di mantenimento» presso le U.O. di «Riabilitazione generale e geriatrica»;

Ritenuto altresì che le strutture afferenti alle Direzioni Generali Sanità e Famiglia e Solidarietà Sociale per la loro riclassificazione devono attenersi ai percorsi previsti nell'Allegato 4, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Precisato di confermare, per le strutture sanitarie di ricovero e cura accreditate e a contratto, l'utilizzo flessibile dei posti letto complessivamente accreditati e a contratto all'interno delle singole strutture tra l'area acuta e quella riabilitativa, così come già previsto della citata d.g.r. 7/15324 del 28 novembre 2003;

Precisato altresì che, in seguito al seguente riordino, tutte le strutture che forniscono attività di riabilitazione, sia di competenza della DG Sanità che della DG Famiglia e Solidarietà Sociale, dovranno provvedere a stipulare un contratto con la ASL competente o a modificare quello già in atto e che le attività riabilitative saranno retribuite secondo le modalità distributive annualmente previste dalla Giunta Regionale;

Precisato, inoltre, che il comma 5-bis della l.r. 31/97, prevedendo che «La Giunta Regionale verifica annualmente, sulla base dei rapporti instaurati ai sensi del comma 5, il mantenimento degli indici programmatori di fabbisogno sanitario» fornisce la piena operatività alla previsione del PSSR 2002/2004 di separare il percorso di accreditamento da quello della messa a contratto con il servizio sanitario regionale delle strutture sanitarie;

Ritenuto

- che possano partecipare alla messa a contratto di un numero tendenziale di 900 nuovi posti letto di riabilitazione, di cui 450 per il primo anno, le strutture provviste di nullavista ai sensi dell'art. 15, comma 15, della legge regionale 31/97 e successivamente autorizzate alla realizzazione con la destinazione di attività sanitarie di ricovero e cura, oggi sprovviste di contratto che abbiano adempiuto al percorso definito in Allegato 4, parte integrante del presente provvedimento;

- che la messa a contratto delle suddette strutture avverrà compatibilmente con il quadro demografico regionale di riferimento, entro i primi due anni di attuazione del presente atto di riordino, secondo le tipologie di attività di cui alla presente d.g.r., secondo l'indice di posti letto previsto dal PSSR e compatibilmente con le risorse disponibili,

- che le strutture sanitarie di ricovero e cura, oggi a contratto che abbiano adempiuto al percorso definito in Allegato 4, parte integrante del presente provvedimento, possano chiedere di procedere alla trasformazione di posti letto per acuti in posti letto di riabilitazione, secondo le aree definite in Allegato 1.

La suddetta trasformazione, qualora richiesta, dovrà avvenire:

- entro gli indici su base regionale dell'1,5/1.000 complessivo per l'area riabilitativa e dello 0,8/1000 per la riabilitazione specialistica e al lordo dei letti di nuova messa a contratto di cui al punto precedente;
- previa valutazione di tipo clinico epidemiologico effettuata da parte della ASL di ubicazione della struttura e senza incremento di risorse per le strutture richiedenti.

Precisato che alla messa a contratto dei citati nuovi posti letto non potranno partecipare gli IDR afferenti alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale;

Ritenuto di stabilire che la messa a contratto dei nuovi posti letto, nel rispetto delle modalità previste all'art. 12, comma 5-bis, della legge 31/97, secondo una percentuale di utilizzo ottimale dell'assetto accreditato compatibile con le necessità clinico epidemiologiche nonché con il valore percentuale di attrazione di ricoveri extraregionali, e comunque mediamente attestata attorno al valore del 75%, avverrà secondo i seguenti criteri:

- indice su base regionale non superiore al 1,5/1.000 complessivo per l'area riabilitativa;
- indice su base regionale non superiore al 0,8/1.000 per la riabilitazione specialistica;
- per la riabilitazione specialistica
 - non più del 40% delle nuove attività messe a contratto per ciascun nuovo soggetto potranno essere di tipo osteo-muscolare (ortopedico)
 - preferenza per le attività di tipo neurologico e per quelle effettuate a favore delle mielolesioni e delle gravi cerebrolesioni;

Ritenuto, inoltre, di stabilire che per ciascuna Unità operativa, di nuova messa a contratto, sarà contrattualizzata una percentuale di posti letto accreditati, uguale per tutto il territorio regionale, compatibile con l'incremento complessivo regionale previsto di 900 posti letto;

Dato atto che con provvedimento successivo all'approvazione del presente atto di riordino la Giunta Regionale dovrà:

- definire ed aggiornare le tariffe
- aggiornare periodicamente le durate massime delle prestazioni
- definire la tempistica della messa a contratto dei posti letto, secondo le necessità e le risorse disponibili;

Ritenuto di stabilire che le Direzioni Generali Sanità e Famiglia e Solidarietà Sociale dovranno procedere, per le rispettive competenze, all'emanazione degli atti necessari all'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento;

Acquisito il parere favorevole della Commissione Consiliare competente, espresso nella seduta del 25 novembre 2004, con cui è stato approvato il testo del presente provvedimento già emendato nelle precedenti sedute, con le ulteriori proposte di modifica di seguito riportate

- nei requisiti minimi sostituire: da personale addetto alla riabilitazione e/o da educatori con figure professionali educativo-riabilitative, precisando che con la dizione «figure professionali educativo-riabilitative» si intendono a titolo esemplificativo, ma non esaustivo: podologo, fisioterapista, logopedista, ortottista-assistente in oftalmologia, terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapista occupazionale, educatore professionale;

- aumento della soglia di degenza per i mielolesi da giorni 100 a giorni 180;

- aumento dei tempi di adeguamento ai requisiti previsti nel provvedimento da 60 a 90 giorni;

Atteso che il presente provvedimento verrà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sui siti internet della Direzione Generale Sanità e della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale;

Vagliate e fatte proprie le suddette motivazioni;

All'unanimità dei voti espressi ai sensi di legge

DELIBERA

1. Di superare, in armonia con il PSSR e le Linee Guida nazionali sulla riabilitazione succitate, le tipologie previste dalla d.g.r. n. 6/38133/1998 di «Lungodegenza», «Recupero e riabilitazione funzionale» e «Neuroriabilitazione» afferenti alla Direzione Generale Sanità nonché quelle della riabilitazione extraospedaliera ex art. 26 della l. 833/78, afferenti alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale

2. Di definire le aree di intervento riabilitativo in: riabilitazione specialistica, riabilitazione generale e geriatrica, riabilitazione di mantenimento, così come stabilito nell'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento

3. Di identificare ulteriori modelli organizzativi di erogazione delle prestazioni a ciclo diurno, ambulatoriali e domiciliari dedicati espressamente a quelle persone che, fra coloro che necessitano di interventi riabilitativi, sono le più fragili in quanto trarrebbero detrimento da una istituzionalizzazione prolungata, ma si trovano nella condizione di non poter so-

stenere autonomamente, parzialmente o totalmente, le normali attività e relazioni di vita quotidiana oppure sono fisicamente impossibilitate a recarsi presso le strutture e i servizi socio-sanitari territoriali

4. Di introdurre in area generale e geriatrica i regimi di erogazione a ciclo diurno continuo, ambulatoriale e domiciliare

5. Di assumere quali requisiti minimi generali strutturali e tecnologici ed organizzativi quelli stabiliti con la già citata d.g.r. 6/38133/1998 e, quali requisiti minimi specifici strutturali, tecnologici ed organizzativi per tipologia di regimi di intervento, quelli definiti nell'Allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento

6. Di considerare che, sempre riguardo alle strutture sanitarie di ricovero e cura, potranno essere messe a contratto le Unità Operative di riabilitazione di Aziende Ospedaliere che sono state autorizzate alla realizzazione da specifici provvedimenti e approvate nel relativo Piano Organizzativo Aziendale

7. Di precisare che gli Istituti di riabilitazione extraospedaliere ex art. 26 (IDR), per tutte le aree di riabilitazione continueranno a fare riferimento unicamente alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, anche per quanto riguarda tutti gli aspetti autorizzativi e di accreditamento di cui al presente provvedimento

8. Di dare atto che gli IDR, provvisoriamente accreditati, devono chiedere, per poter continuare ad esercitare l'attività, l'autorizzazione ed accreditamento per singola Unità Operativa come definito all'Allegato 2, e secondo il percorso stabilito nell'Allegato 4, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento

9. Di stabilire che la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, compatibilmente con le risorse disponibili, dimensiona i posti letto per area di intervento e per le diverse tipologie di regimi tendenzialmente nel modo seguente:

- riabilitazione specialistica: 550 posti letto di ricovero ordinario e 40 posti di day hospital

- riabilitazione generale e geriatrica: 1700 posti letto di ricovero ordinario, 85 di day hospital e 850 posti a ciclo diurno continuo

- riabilitazione di mantenimento: 2600 posti letto di ricovero ordinario

10. Di stabilire altresì che:

- possono accedere all'autorizzazione e all'accreditamento di U.O. di Riabilitazione di Mantenimento di Reinserimento e di attività di «Riabilitazione in regime diurno continuo, Ambulatoriale e Domiciliare in area generale e geriatrica» esclusivamente gli IDR, provvisoriamente accreditati con le seguenti specificazioni:

a) in particolare gli IDR che, alla data di pubblicazione di questa deliberazione, non svolgevano attività di day hospital, possono richiedere l'accreditamento per posti in regime di day hospital solo se sono in possesso dei requisiti previsti nell'Allegato 2 ed esclusivamente mediante la trasformazione di posti letto già attivi in regime di degenza piena e secondo la proporzione 2 posti letto di degenza piena / 1 posto letto in regime di day hospital;

b) possono accedere all'autorizzazione e all'accreditamento di attività di «Riabilitazione domiciliare» esclusivamente gli IDR che, alla data di pubblicazione di questa deliberazione, svolgono attività domiciliare;

c) le attività ambulatoriali in capo alla Direzione Generale Sanità saranno denominate «di Riabilitazione specialistica»;

- nulla varia riguardo i requisiti, le modalità di erogazione e le tariffe delle attività ambulatoriali e dei day hospital attualmente definiti dalla d.g.r. n. 6/38133/1998 che sono in capo alla Direzione Generale Sanità

11. Di recepire le regole di sistema, relative alle attività di riabilitazione riportate in Allegato n. 3, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento

12. Di precisare che per quanto riguarda i requisiti di assistenza infermieristica si applicano:

- in area specialistica: le modalità di assolvimento previste dalla normativa vigente per le strutture sanitarie afferenti alla Direzione Generale Sanità, con particolare riferimento alle note della DG Sanità prot. n. 130553 del 24 dicembre 1998 e prot. H1.2002.0061273 del 15 novembre 2002 che prevedono

rispettivamente che nel computo dei minuti di assistenza il personale con qualifica OTA può essere considerato per non oltre il 30% e il personale inquadrato come OSS per non oltre il 50%, non cumulabili;

- in area generale e geriatrica: le modalità di cui al punto precedente con la precisazione che, per gli IDR afferenti alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, la qualifica di OTA può essere transitoriamente sostituita con quella di ASA;

- in area di mantenimento di reinserimento, per gli IDR afferenti alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale: il personale ASA, OTA e OSS concorre allo standard infermieristico fino ad un massimo dell'80%

13. Di ritenere, inoltre, che le strutture sanitarie di ricovero e cura attualmente accreditate e a contratto con le ASL per attività riabilitative (cod. attuali 56, 28, 75, 60), le attività accreditate relative a sperimentazioni pubblico/privato già approvate dalla Giunta, le attività di cui al punto 3, primo comma del dispositivo della d.g.r. 7/9491 del 21 giugno 2002 e gli IDR provvisoriamente accreditati debbano essere riclassificati, secondo le tipologie elencate nell'Allegato 1

14. Di precisare che, per quanto riguarda le strutture sanitarie di ricovero e cura le attuali U.O. di «Recupero e riabilitazione funzionale» e «Neuroriabilitazione» (cod. 28, 56, 75) sono riconducibili, in funzione delle tipologie di attività erogate, a U.O. di Riabilitazione specialistica, o generale e geriatrica o di mantenimento, mentre le attuali U.O. di Lungodegenza (cod. 60) sono riconducibili a U.O. di Riabilitazione generale e geriatrica o a U.O. di Riabilitazione di mantenimento

15. Di stabilire che possano essere autorizzate ed accreditate anche:

- macroattività di «Riabilitazione generale e geriatrica» e/o di «Riabilitazione di mantenimento» presso le U.O. di «Riabilitazione specialistica»

- macroattività di «Riabilitazione di mantenimento» presso le U.O. di «Riabilitazione generale e geriatrica»

16. Di ritenere che le strutture afferenti alle Direzioni Generali Sanità e Famiglia e Solidarietà Sociale per la loro riclassificazione devono attenersi ai percorsi previsti nell'Allegato 4, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento

17. Di confermare, per le strutture sanitarie di ricovero e cura accreditate e a contratto, l'utilizzo flessibile dei posti letto complessivamente accreditati e a contratto all'interno delle singole strutture tra l'area acuta e quella riabilitativa, così come già previsto della citata d.g.r. 7/15324 del 28 novembre 2003

18. Di stabilire che, in seguito al seguente riordino, tutte le strutture che forniscono attività di riabilitazione, di competenza della DG Sanità che della DG Famiglia e Solidarietà Sociale, dovranno provvedere a stipulare un contratto con la ASL competente o a modificare quello già in atto e che le attività riabilitative saranno remunerate secondo le modalità distributive annualmente previste dalla Giunta Regionale

19. Di stabilire che la Giunta Regionale verifica annualmente il mantenimento degli indici programmatori di fabbisogno sanitario, mantenendo separato il percorso di accreditamento da quello della messa a contratto con il servizio sanitario regionale delle strutture sanitarie

20. Di ritenere:

- che possano partecipare alla messa a contratto di un numero tendenziale di 900 nuovi posti letto di riabilitazione, di cui 450 per il primo anno, le strutture provviste di nullasta ai sensi dell'art. 15, comma 15, della legge regionale 31/97 e successivamente autorizzate alla realizzazione con la destinazione di attività sanitarie di ricovero e cura, oggi sprovviste di contratto che abbiano adempiuto al percorso definito in allegato 4, parte integrante del presente provvedimento;

- che la messa a contratto delle suddette strutture avverrà compatibilmente con il quadro demografico regionale di riferimento, entro i primi due anni di attuazione del presente atto di riordino, secondo le tipologie di attività di cui alla presente d.g.r., secondo l'indice di posti letto previsto dal PSSR e compatibilmente con le risorse disponibili,

- che le strutture sanitarie di ricovero e cura, oggi a contratto che abbiano adempiuto al percorso definito in Allegato 4, parte integrante del presente provvedimento, possano chiedere di procedere alla trasformazione di posti letto per acuti in posti letto di riabilitazione, secondo le aree definite in Allegato 1.

La suddetta trasformazione, qualora richiesta, dovrà avvenire:

- entro gli indici su base regionale dell'1,5/1.000 complessivo per l'area riabilitativa e dello 0,8/1000 per la riabilitazione specialistica e al lordo dei letti di nuova messa a contratto di cui al punto precedente;
- previa valutazione di tipo clinico epidemiologico effettuata da parte della ASL di ubicazione della struttura e senza incremento di risorse per le strutture richiedenti

21. Di precisare che alla messa a contratto dei citati nuovi posti letto non potranno partecipare gli IDR afferenti alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale

22. Di precisare altresì che la messa a contratto dei nuovi posti letto, secondo una percentuale di utilizzo ottimale dell'assetto accreditato compatibile con le necessità clinico epidemiologiche nonché con il valore percentuale di attrazione di ricoveri extraregionali, e comunque mediamente attestata attorno al valore del 75%, avverrà secondo i seguenti criteri:

- indice su base regionale non superiore al 1,5/1.000 complessivo per l'area riabilitativa;
- indice su base regionale non superiore al 0,8/1.000 per la riabilitazione specialistica;
- per la riabilitazione specialistica:
 - non più del 40% delle nuove attività messe a contratto per ciascun nuovo soggetto potranno essere di tipo osteo-muscolare (ortopedico)
 - preferenza per le attività di tipo neurologico e per quelle effettuate a favore delle mielolesioni e delle gravi cerebrolesioni

23. Di stabilire che per ciascuna Unità operativa, di nuova messa a contratto, sarà contrattualizzata una percentuale di posti letto accreditati, uguale per tutto il territorio regionale, compatibile con l'incremento complessivo regionale previsto di 900 posti letto

24. Di dare atto che con provvedimento successivo all'approvazione del presente atto di riordino la Giunta Regionale dovrà:

- definire ed aggiornare le tariffe
- aggiornare periodicamente le durate massime delle prestazioni
- definire la tempistica della messa a contratto dei posti letto, secondo le necessità e le risorse disponibili

25. Di precisare che,

- nell'allegato 2, parte integrante del presente provvedimento, con la dizione «figure professionali educativo-riabilitative» si intendono a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, le seguenti figure: Podologo, Fisioterapista, Logopedista, Ortottista-Assistente in Oftalmologia, Terapista della Neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Terapista Occupazionale, Educatore Professionale

- nell'allegato 3, parte integrante del presente provvedimento, la soglia di degenza per i mielolesi è di 180 giorni

- nell'allegato 4, parte integrante del presente provvedimento, i tempi di adeguamento ai requisiti sono di 90 giorni

26. Di stabilire che le Direzioni Generali Sanità e Famiglia e Solidarietà Sociale dovranno procedere, per le rispettive competenze, all'emanazione degli atti necessari all'attuazione di quanto previsto del presente provvedimento

27. Di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sui siti internet della Direzione Generale Sanità e della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale.

Il segretario: Sala

ALLEGATO 1

RIABILITAZIONE

Definizioni

1. Area della riabilitazione specialistica

Vengono definiti interventi riabilitativi specialistici quelli da effettuarsi:

- nell'immediata fase post acuta, conseguente ad un evento indice e quando l'intervento riabilitativo, fondato su un elevato impegno medico e tecnico-strumentale specialistico, può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero o il corretto evolversi della funzione, riducendo l'entità della menomazione/disabilità;

- in presenza di recidive dell'evento indice con elevata probabilità di recupero funzionale

- nelle diverse fasi dell'età evolutiva al fine di evocare abilità e competenze non comparse o in ritardo rispetto allo sviluppo cosiddetto «fisiologico»

2. Area della riabilitazione generale e geriatrica

Vengono definiti interventi riabilitativi generali quelli da effettuarsi:

- in fase di consolidamento della disabilità da pregresso evento (evento indice) e quando le condizioni generali del paziente e la prognosi degli esiti della menomazione controindicano un intervento riabilitativo intenso e settoriale

- in presenza di recidive dell'evento indice con ridotta probabilità di recupero funzionale

- in età evolutiva, in presenza di disabilità che richiedono tempi protratti di intervento abilitativi - riabilitativo

- in seguito a trasferimento da unità operativa (U.O.) di riabilitazione specialistica per la continuazione del progetto riabilitativo individualizzato (P.R.I.)

- in età geriatrica in concomitanza di pluripatologia a rischio di riacutizzazione (instabilità)

3. Area della riabilitazione di mantenimento

Vengono definiti interventi riabilitativi di mantenimento quelli da effettuarsi nel periodo precedente la dimissione verso il domicilio o le residenze sanitarie assistenziali o altra struttura socio sanitaria. Tali interventi hanno l'obiettivo di raggiungere sia la stabilizzazione delle condizioni cliniche sia anche «piccoli guadagni funzionali», in un contesto di ricovero riabilitativo caratterizzato da una bassa intensità assistenziale.

Viene definita di *stabilizzazione*, la riabilitazione di mantenimento effettuata su pazienti affetti da patologie acute o riacutizzate in via di risoluzione che richieda periodi brevi di ricovero.

Viene definita di *reinserimento* la riabilitazione di mantenimento effettuata su pazienti affetti da pluripatologie con deterioramento progressivo delle condizioni funzionali.

— • —

ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE**Riabilitazione specialistica
Riabilitazione generale e geriatrica
Riabilitazione di mantenimento****Requisiti minimi autorizzativi e di accreditamento specifici: strutturali e tecnologici, Organizzativi***Legenda*

SS auto	Requisito strutturale e tecnologico autorizzativo (d.P.R. 14 gennaio 1997)
OS auto	Requisito organizzativo autorizzativo (d.P.R. 14 gennaio 1997)
SS autonew	Requisito strutturale e tecnologico autorizzativo di nuova introduzione
SS accr	Requisito strutturale e tecnologico di accreditamento (d.g.r. 38133/1998)
SS accrnew	Requisito strutturale e tecnologico di accreditamento di nuova introduzione
OS accr	Requisito organizzativo di accreditamento (d.g.r. 38133/1998)
OS accrnew	Requisito organizzativo di accreditamento di nuova introduzione

Unità Operativa di Degenza di Riabilitazione specialistica

1	SS auto	L'area di degenza è strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero?
2	SS auto	Sono garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere «utilities» per gli accompagnatori o visitatori?
3	SS auto	La camera di degenza a più posti letto ha una superficie netta di 9 mq per posto letto? (Nel computo dei metri quadri va considerato il locale di degenza ed eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno)
4	SS auto	La camera di degenza singola ha una superficie netta di 9 mq?
5	SS auto	Sono presenti non più di 4 posti letto in ogni camera di degenza?
6	SS auto	Esiste almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto?
7	SS auto	Esiste un locale per visita e medicazioni?
8	SS auto	Esiste un locale di lavoro, in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta?
9	SS auto	Esiste uno spazio per capo-sala?
10	SS auto	Esiste un locale per i medici?
11	SS auto	Esiste un locale per soggiorno?
12	SS auto	Esiste un locale per il deposito del materiale pulito?
13	SS auto	Esiste un locale per il deposito delle attrezzature?
14	SS auto	Esiste un locale, in ogni piano di degenza, per il deposito del materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle?
15	SS auto	Esiste una cucina di reparto?
16	SS auto	Esistono servizi igienici per il personale, distinti da quelli per gli utenti?
17	SS auto	Esiste uno spazio attesa per i visitatori?
18	SS auto	Esiste un bagno assistito?
19	SS auto	Esiste un impianto di illuminazione di emergenza?
20	SS auto	Esiste un impianto di forza motrice con almeno una presa di alimentazione normale?
21	SS auto	Esiste un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa?
22	SS auto	Esiste un impianto di gas medicali (prese vuoti e ossigeno)?
23	SS autonew	Si dispone di un carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore, unità di ventilazione manuale e broncoaspiratore?
24	SS auto	Si dispone di un carrello per la gestione terapia?
25	SS auto	Si dispone di un carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico?
26	SS accr	La superficie minima netta del locale di degenza (nel cui computo non vanno considerati eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno) è di 7 mq per posto letto?
27	SS accr	L'altezza dei locali accessori, nel caso in cui questi vengano inseriti nel computo della superficie della camera di degenza, è non inferiore al requisito previsto dai vigenti regolamenti per i locali con permanenza continua di persone?
28	SS accr	Il servizio igienico ha una superficie minima netta di 2 mq?
29	SS accr	Nei servizi igienici, qualora sia prevista aereazione forzata, il gradiente di pressione garantisce il deflusso dell'aria in uscita dal locale di degenza verso il servizio igienico?
30	SS accrnew	Esiste una palestra di almeno 40 mq per l'esercizio terapeutico contemporaneo di 5 pazienti? (per ogni paziente contemporaneo in più la superficie dovrà essere incrementata di 5 mq) (1)
31	SS accrnew	Il bagno assistito è opportunamente attrezzato per garantire un'adeguata igiene personale del paziente compatibilmente con le patologie trattate?

32	SS accrnew	È possibile l'accesso al letto per mezzo di sollevatore, deambulatore, carrozzina o barella?
33	OS accr	Nella Unità Operativa opera, oltre ad un dirigente medico di struttura complessa per ogni area omogenea, almeno un altro dirigente medico ogni 10 posti letto?
34	OS accr	Nell'ambito orario 8.00-20.00, è definita una fascia oraria di cinque ore consecutive nella quale, dal Lunedì al Venerdì, il numero di medici presenti nell'Unità Operativa non può essere inferiore a un medico ogni 10 pazienti?
35	OS accr	La presenza attiva del personale medico si protrae al massimo per 12 ore consecutive?
36	OS accrnew	L'assistenza infermieristica (misurata in minuto/paziente/die), garantita è di 160 min/paz/die? (Almeno un terzo dei minuti di assistenza deve essere garantito da figure professionali educativo-riabilitative secondo quanto previsto dal P.R.I. e dal p.r.i.) (2)
37	OS accrnew	La presenza infermieristica nelle ore notturne è non inferiore ad un terzo di quella garantita dal solo personale infermieristico nelle ore diurne?
38	OS accr	La composizione di équipes infermieristiche che prestino assistenza in più di una Unità Operativa è consentita solo all'interno di raggruppamenti di specialità omogenei per intensità delle cure erogate, al fine di garantire specifiche competenze nell'assistenza infermieristica?
39	OS accrnew	Durante le 24 h ore è garantita la presenza di almeno un infermiere professionale? (3)
40	OS accrnew	È stato predisposto un Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.)?
41	OS accrnew	È stato predisposto, per ciascun paziente, un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) e un Programma Riabilitativo Individuale (p.r.i.)?
42	OS accrnew	In base a quanto previsto dal P.R.I. e dal p.r.i., sono disponibili le figure professionali, laureate e non laureate, necessarie?
43	OS accrnew	Se almeno il 50% dell'attività è di riabilitazione cardiologica (afferenti all'MDC05), nella équipe medica è previsto un cardiologo?
44	OS accrnew	Se almeno il 50% dell'attività è di riabilitazione respiratoria (afferenti all'MDC04), nella équipe medica è previsto un pneumologo?
45	OS accrnew	Se almeno il 50% dell'attività è di riabilitazione neurologica (afferenti all'MDC01), nella équipe medica è previsto un neurologo?
46	OS accrnew	Per i ricoveri di pazienti in età evolutiva sono previsti due posti letto per camera, per tenere conto della necessità di ospitare un genitore o altra figura di riferimento accanto al bambino?
47	OS accrnew	Per i ricoverati in età evolutiva, da Lunedì a Venerdì, sono previsti almeno 15 minuti per paziente per attività educativa nel computo dei 160 minuti di assistenza infermieristica?
48	OS accrnew	Per i ricoverati in età evolutiva è disponibile un neuropsichiatra infantile?

NOTE:

- (1) La palestra può essere unica per più Unità Operative di riabilitazione all'interno della stessa struttura, nel rispetto della metratura minima e in coerenza con piani di utilizzo del locale che salvaguardino l'esecuzione dei p.r.i. di tutti i pazienti trattati?
- (2) Nel caso di interventi riabilitativi in età evolutiva rivolta a soggetti portatori esclusivamente di particolari patologie (es. autismo), invece dell'infermiere professionale, sono garantiti 160/min/paz/die da una figura professionale educativo-riabilitativa coerente con quanto previsto nei PRI e pri dei pazienti?
- (3) Nel caso di interventi riabilitativi in età evolutiva rivolta a soggetti portatori esclusivamente di particolari patologie (es. autismo), invece dell'infermiere professionale, è garantita durante le 24h la presenza di almeno una figura professionale educativo-riabilitativa coerente con quanto previsto nei PRI e pri dei pazienti?

— • —

Unità Operativa di Degenza di Riabilitazione generale e geriatrica

1	SS auto	L'area di degenza è strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero?
2	SS auto	Sono garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere «utilities» per gli accompagnatori o visitatori?
3	SS auto	La camera di degenza a più posti letto ha una superficie netta di 9 mq per posto letto? (Nel computo dei metri quadri va considerato il locale di degenza ed eventuali locali accessori – servizio igienico, antibagno, disimpegno)
4	SS auto	La camera di degenza singola ha una superficie netta di 9 mq?
5	SS auto	Sono presenti non più di 4 posti letto in ogni camera di degenza?
6	SS auto	Esiste almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto?
7	SS auto	Esiste un locale per visita e medicazioni?
8	SS auto	Esiste un locale di lavoro, in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta?
9	SS auto	Esiste uno spazio per capo-sala?
10	SS auto	Esiste un locale per i medici?
11	SS auto	Esiste un locale per soggiorno?
12	SS auto	Esiste un locale per il deposito del materiale pulito?
13	SS auto	Esiste un locale per il deposito delle attrezzature?
14	SS auto	Esiste un locale, in ogni piano di degenza, per il deposito del materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle?
15	SS auto	Esiste una cucina di reparto?
16	SS auto	Esistono servizi igienici per il personale, distinti da quelli per gli utenti?
17	SS auto	Esiste uno spazio attesa per i visitatori?
18	SS auto	Esiste un bagno assistito?

19	SS auto	Esiste un impianto di illuminazione di emergenza?
20	SS auto	Esiste un impianto di forza motrice con almeno una presa di alimentazione normale?
21	SS auto	Esiste un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa?
22	SS auto	Esiste un impianto di gas medicali (prese vuoti e ossigeno)?
23	SS autonew	Si dispone di un carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore, unità di ventilazione manuale e broncoaspiratore?
24	SS auto	Si dispone di un carrello per la gestione terapia?
25	SS auto	Si dispone di un carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico?
26	SS accr	La superficie minima netta del locale di degenza (nel cui computo non vanno considerati eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno) è di 7 mq per posto letto?
27	SS accr	L'altezza dei locali accessori, nel caso in cui questi vengano inseriti nel computo della superficie della camera di degenza, è non inferiore al requisito previsto dai vigenti regolamenti per i locali con permanenza continua di persone?
28	SS accr	Il servizio igienico ha una superficie minima netta di 2 mq?
29	SS accr	Nei servizi igienici, qualora sia prevista aerazione forzata, il gradiente di pressione garantisce il deflusso dell'aria in uscita dal locale di degenza verso il servizio igienico?
30	SS accrnew	Esiste una palestra di almeno 40 mq per l'esercizio terapeutico contemporaneo di 5 pazienti? (per ogni paziente contemporaneo in più la superficie dovrà essere incrementata di 5 mq) (1)
31	SS accrnew	Il bagno assistito è opportunamente attrezzato per garantire un'adeguata igiene personale del paziente compatibilmente con le patologie trattate?
32	SS accrnew	È possibile l'accesso al letto per mezzo di sollevatore, deambulatore, carrozzina o barella?
33	OS accrnew	Nella Unità Operativa opera, oltre ad un dirigente medico di struttura complessa per ogni area omogenea, almeno un altro dirigente medico ogni 20 posti letto?
34	OS accrnew	Nell'ambito orario 8.00-20.00, è definita una fascia oraria di cinque ore consecutive nella quale, dal Lunedì al Venerdì, il numero di medici presenti nell'Unità Operativa non può essere inferiore a un medico ogni 20 pazienti?
35	OS accr	La presenza attiva del personale medico si protrae al massimo per 12 ore consecutive?
36	OS accrnew	L'assistenza infermieristica (misurata in minuto/paziente/die), garantita è di 120 min/paz/die? (Da un minimo di un quarto, fino a un terzo dei minuti di assistenza deve essere garantito da figure professionali educativo-riabilitative secondo quanto previsto dal P.R.I. e dal p.r.i.) (2)
37	OS accrnew	La presenza infermieristica nelle ore notturne è non inferiore ad un terzo di quella garantita dal solo personale infermieristico nelle ore diurne?
38	OS accr	La composizione di équipes infermieristiche che prestino assistenza in più di una Unità Operativa è consentita solo all'interno di raggruppamenti di specialità omogenee per intensità delle cure erogate, al fine di garantire specifiche competenze nell'assistenza infermieristica?
39	OS accrnew	Durante le 24 h ore è garantita la presenza di almeno un infermiere professionale? (3)
40	OS accrnew	È stato predisposto un Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.)?
41	OS accrnew	È stato predisposto, per ciascun paziente, un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) e un Programma Riabilitativo Individuale (p.r.i.)?
42	OS accrnew	In base a quanto previsto dal P.R.I. e dal p.r.i., sono disponibili le figure professionali, laureate e non laureate, necessarie?
43	OS accrnew	Per i ricoveri di pazienti in età evolutiva sono previsti due posti letto per camera, per tenere conto della necessità di ospitare un genitore o altra figura di riferimento accanto al bambino?
44	OS accrnew	Per i ricoverati in età evolutiva, da Lunedì a Venerdì, sono previsti almeno 15 minuti per paziente per attività educativa nel computo dei 120 minuti di assistenza infermieristica?
45	OS accrnew	Per i ricoverati in età evolutiva è disponibile un neuropsichiatra infantile?

NOTE:

- (1) La palestra può essere unica per più Unità Operative di riabilitazione all'interno della stessa struttura, nel rispetto della metratura minima e in coerenza con piani di utilizzo del locale che salvaguardino l'esecuzione dei p.r.i. di tutti i pazienti trattati?
- (2) Nel caso di interventi riabilitativi in età evolutiva rivolta a soggetti portatori esclusivamente di particolari patologie (es. autismo), in vece dell'infermiere professionale, sono garantiti 120/min/paz/die da una figura professionale educativo-riabilitativa coerente con quanto previsto nei PRI e pri dei pazienti?
- (3) Nel caso di interventi riabilitativi in età evolutiva rivolta a soggetti portatori esclusivamente di particolari patologie (es. autismo), in vece dell'infermiere professionale, è garantita durante le 24h la presenza di almeno una figura professionale educativo-riabilitativa coerente con quanto previsto nei PRI e pri dei pazienti?

•

Unità Operativa di Degenza di Riabilitazione di mantenimento

1	SS auto	L'area di degenza è strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero?
2	SS auto	Sono garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere «utilities» per gli accompagnatori o visitatori?
3	SS auto	La camera di degenza a più posti letto ha una superficie netta di 9 mq per posto letto? (Nel computo dei metri quadri va considerato il locale di degenza ed eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno)
4	SS auto	La camera di degenza singola ha una superficie netta di 9 mq?
5	SS auto	Sono presenti non più di 4 posti letto in ogni camera di degenza?
6	SS auto	Esiste almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto?

7	SS auto	Esiste un locale per visita e medicazioni?
8	SS auto	Esiste un locale di lavoro, in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta?
9	SS auto	Esiste uno spazio per capo-sala?
10	SS auto	Esiste un locale per i medici?
11	SS auto	Esiste un locale per soggiorno?
12	SS auto	Esiste un locale per il deposito del materiale pulito?
13	SS auto	Esiste un locale per il deposito delle attrezzature?
14	SS auto	Esiste un locale, in ogni piano di degenza, per il deposito del materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle?
15	SS auto	Esiste una cucina di reparto?
16	SS auto	Esistono servizi igienici per il personale, distinti da quelli per gli utenti?
17	SS auto	Esiste uno spazio attesa per i visitatori?
18	SS auto	Esiste un bagno assistito?
19	SS auto	Esiste un impianto di illuminazione di emergenza?
20	SS auto	Esiste un impianto di forza motrice con almeno una presa di alimentazione normale?
21	SS auto	Esiste un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa?
22	SS auto	Esiste un impianto di gas medicali (prese vuoti e ossigeno)?
23	SS autonew	Si dispone di un carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore, unità di ventilazione manuale e broncoaspiratore? (1)
24	SS auto	Si dispone di un carrello per la gestione terapia?
25	SS auto	Si dispone di un carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico?
26	SS accr	La superficie minima netta del locale di degenza (nel cui computo non vanno considerati eventuali locali accessori - servizio igienico, antibagno, disimpegno) è di 7 mq per posto letto?
27	SS accr	L'altezza dei locali accessori, nel caso in cui questi vengano inseriti nel computo della superficie della camera di degenza, è non inferiore al requisito previsto dai vigenti regolamenti per i locali con permanenza continua di persone?
28	SS accr	Il servizio igienico ha una superficie minima netta di 2 mq?
29	SS accr	Nei servizi igienici, qualora sia prevista aerazione forzata, il gradiente di pressione garantisce il deflusso dell'aria in uscita dal locale di degenza verso il servizio igienico?
30	SS accrnew	Esiste una palestra di almeno 40 mq che garantisca un'adeguata attività di mantenimento riabilitativo? (2)
31	SS accrnew	Il bagno assistito è opportunamente attrezzato per garantire un'idonea igiene personale del paziente compatibilmente con le patologie trattate?
32	SS accrnew	È possibile l'accesso al letto per mezzo di sollevatore, deambulatore, carrozzina o barella?
33	OS accrnew	Nella Unità Operativa opera, oltre al dirigente medico responsabile, almeno un altro dirigente medico ogni 40 posti letto?
34	OS accrnew	Nell'ambito orario 8.00-20.00, è definita una fascia oraria di tre ore consecutive nella quale, dal Lunedì al Venerdì, il numero di medici presenti nell'Unità Operativa non può essere inferiore a un medico ogni 40 pazienti?
35	OS accr	La presenza attiva del personale medico si protrae al massimo per 12 ore consecutive?
36	OS accrnew	L'assistenza infermieristica (misurata in minuto/paziente/die), garantita è di 100 min/paz/die? (Fino a un terzo dei minuti di assistenza può essere garantito da figure professionali educativo-riabilitative secondo quanto previsto dal P.R.I. e dal p.r.i.) (3)
37	OS accrnew	La presenza infermieristica nelle ore notturne è non inferiore ad un terzo di quella garantita dal solo personale infermieristico nelle ore diurne?
38	OS accr	La composizione di équipes infermieristiche che prestino assistenza in più di una Unità Operativa è consentita solo all'interno di raggruppamenti di specialità omogenei per intensità delle cure erogate, al fine di garantire specifiche competenza nell'assistenza infermieristica?
39	OS accrnew	Durante le 24 h ore è garantita la presenza di almeno un infermiere professionale? (4)
40	OS accrnew	È stato predisposto un Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.)?
41	OS accrnew	È stato predisposto, per ciascun paziente, un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) e un Programma Riabilitativo Individuale (p.r.i.)?
42	OS accrnew	In base a quanto previsto dal P.R.I. e dal p.r.i., sono disponibili le figure professionali, laureate e non laureate, necessarie?
43	OS accrnew	Per i ricoveri di pazienti in età evolutiva sono previsti due posti letto per camera, per tenere conto della necessità di ospitare un genitore o altra figura di riferimento accanto al bambino?

NOTE:

- (1) Condivisibile con altre U.O. di Riabilitazione specialistica o generale e geriatrica se collate nella stessa struttura?
- (2) La palestra può essere unica per più Unità Operative di riabilitazione all'interno della stessa struttura, e in coerenza con piani di utilizzo del locale che salvaguardino l'esecuzione dei p.r.i. di tutti i pazienti trattati?
- (3) Nel caso di interventi riabilitativi in età evolutiva rivolta a soggetti portatori esclusivamente di particolari patologie (es. autismo), invece dell'infermiere professionale, sono garantiti 100/min/paz/die da una figura professionale educativo-riabilitativa coerente con quanto previsto nei PRI e pri dei pazienti?
- (4) Nel caso di interventi riabilitativi in età evolutiva rivolta a soggetti portatori esclusivamente di particolari patologie (es. autismo), invece dell'infermiere professionale, è garantita durante le 24h la presenza di almeno una figura professionale educativo-riabilitativa coerente con quanto previsto nei PRI e pri dei pazienti?

ATTIVITÀ DI DAY HOSPITAL

1	SS auto	Esiste uno spazio dedicato alle attività di segreteria, di registrazione, di archivio?
2	SS auto	Esiste uno spazio attesa?
3	SS auto	Esiste un locale visita?
4	SS auto	Esistono ambienti dedicati alla degenza?
5	SS auto	Esiste un locale lavoro per gli infermieri?
6	SS auto	Esiste una cucinetta?
7	SS auto	Esiste un deposito per il materiale pulito?
8	SS auto	Esiste un deposito per il materiale sporco?
9	SS auto	Esistono servizi igienici per il personale distinti da quelli per gli utenti?
10	SS auto	Si dispone di un impianto gas medicali?
11	SS auto	Si dispone di un impianto rilevazione incendi?
12	SS auto	Le camere di degenza sono dotate di un impianto chiamata dei sanitari con segnalazione acustica e luminosa?
13	SS auto	Le camere di degenza sono dotate di utilities per attività alberghiera?
14	SS auto	Il locale visita e trattamento è dotato di attrezzature idonee in base alle specifiche attività?
15	SS auto	Il locale visita e trattamento è dotato di lettino tecnico?
16	OS auto	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate?
17	OS auto	Nelle ore di attività di day hospital è garantita la presenza di almeno un medico e un infermiere professionale? (1)
18	OS acrr	Esiste un documento di definizione dei pacchetti di prestazioni per le principali patologie trattate in Day Hospital?
19	OS acrr	Esiste un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza (procedure e protocolli), e in particolare in ordine a: accettazione e dimissione dei pazienti; documentazione clinica; rapporto del Day Hospital con gli altri servizi della struttura; rapporti con il medico di base e/o il pediatra di libera scelta?
20	OS acrr	Per ogni paziente è compilata una cartella clinica?
21	OS acrr	All'atto della dimissione è consegnata al paziente una breve relazione clinica destinata al medico curante?
22	OS acrr	Al momento della dimissione, viene comunicato al paziente, per iscritto il recapito del medico della struttura presso la quale ha avuto luogo il ricovero, a cui potrà rivolgersi in caso di necessità?

NOTA:

- (1)** Nel caso di interventi riabilitativi in età evolutiva rivolta a soggetti portatori esclusivamente di particolari patologie (es. autismo), in vece dell'infermiere professionale, è garantita durante le ore di attività di Day Hospital la presenza di almeno una figura professionale educativo-riabilitativa coerente con quanto previsto nei PRI e pri dei pazienti?

RIABILITAZIONE IN REGIME DIURNO CONTINUO

1	SS autonew	La superficie complessiva per le strutture esistenti è almeno di 10 mq per utente? O di almeno 15 mq per utente per le strutture di nuova realizzazione?
2	SS autonew	Esiste uno spazio dedicato alle attività di segreteria, di registrazione, di archivio?
3	SS autonew	Esiste una cucina con dispensa e locali accessori, se i pasti sono confezionati all'interno, oppure un locale o spazio per smistamento contenitori, riscaldamento e conservazione di cibi e bevande, se il servizio è appaltato o in condivisione con altra unità d'offerta riabilitativa?
4	SS autonew	Esiste una sala da pranzo?
5	SS autonew	Esiste un locale per soggiorno?
6	SS autonew	Esiste un locale per visite/medicazioni?
7	SS autonew	Esiste un locale dedicato al personale medico e di assistenza?
8	SS autonew	Esiste uno spazio per deposito del materiale pulito e del materiale sporco?
9	SS autonew	Esiste un locale per il deposito delle attrezzature?
10	SS autonew	Esistono servizi igienici per il personale, distinti da quelli per gli utenti?
11	SS autonew	Esistono servizi igienici dedicati agli utenti: fino a 15 utenti almeno 2 servizi igienici attrezzati per persone disabili, da 16 a 30, 1 ulteriore servizio igienico anche non attrezzato, ogni 15 utenti aggiuntivi, 1 ulteriore servizio igienico attrezzato?
12	SS autonew	Esiste uno spazio attesa per i visitatori?
13	SS autonew	Esiste un locale bagno dotato di attrezzature idonee all'igiene personale dell'utenza?
14	SS autonew	Esiste segnaletica finalizzata a favorire l'orientamento che tenga conto dei prevalenti deficit sensoriali degli utenti?
15	SS autonew	Si dispone di un carrello per la gestione della terapia?
16	SS accrnew	Gli arredi e le attrezzature sono adattati alle varie tipologie di disabilità degli utenti al fine di agevolarne le operazioni di assistenza e di pulizia da parte del personale?
17	SS accrnew	Esiste uno spazio con letto per eventuali emergenze?
18	SS accrnew	Esiste una palestra di almeno 40 mq per l'esercizio terapeutico contemporaneo di 5 utenti? (per ogni utente contemporaneo in più la superficie dovrà essere incrementata di 5 mq) (1)
19	SS accrnew	Esistono spazi dedicati al trattamento riabilitativo/abilitativo individuale o per piccoli gruppi (fino a 4 utenti)?

20	SS accrnew	Esistono spazi dedicati ad ulteriori particolari attività previste nei P.R.I. dei pazienti?
21	OS accrnew	Il centro è aperto almeno 7 ore/die, almeno 5 giorni alla settimana, almeno 48 settimane? (2)
22	OS accrnew	Esiste un Responsabile medico con specialità coerente con il Progetto riabilitativo di struttura?
23	OS accrnew	È garantita la presenza di 1 medico per 10 min/paz/die? (3)
24	OS accrnew	L'assistenza infermieristica/riabilitativa/educativa è di 90 min/paz/die? (4)
25	OS accrnew	1/3 di tale standard di assistenza è formato da figure professionali educativo-riabilitative? (Per l'età evolutiva l'educatore è ricompreso in tale percentuale)
26	OS accrnew	Almeno 1 infermiere presente per tutto l'orario di apertura? (5)
27	OS accrnew	Esiste per ogni paziente il Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) e il Programma riabilitativo individuale (p.r.i.)?

NOTE:

- (1) La palestra può essere condivisa con Unità Operative di riabilitazione purché nella stessa struttura e in coerenza con piani di utilizzo del locale che salvaguardino l'esecuzione dei p.r.i. di tutti i pazienti.
- (2) Nel caso di servizio dedicato alla sola età evolutiva l'arco di apertura annuale è almeno di 46 settimane.
- (3) A tale standard concorre il personale in possesso della Laurea in Psicologia. Per i pazienti in età evolutiva è disponibile un medico specialista in Neuropsichiatria Infantile
- (4) Fino a 45 minuti possono concorrere OTA/ASA/OSS. Per i pazienti in età evolutiva è garantita la presenza dell'educatore per almeno il 50% dello standard di assistenza
- (5) Nel caso di interventi riabilitativi in età evolutiva rivolta a soggetti portatori esclusivamente di particolari patologie (es. autismo), in vece dell'infermiere professionale, è garantita durante le ore di apertura la presenza di almeno una figura professionale educativo-riabilitativa coerente con quanto previsto nei PRI e pri dei pazienti?

— • —

ATTIVITÀ AMBULATORIALE IN AREA GENERALE E GERIATRICA

1	SS auto	Esiste una sala per l'esecuzione delle prestazioni, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con area separata per spogliarsi?
2	SS auto	Esistono degli spazi per l'attesa, per l'accettazione, per le attività amministrative?
3	SS auto	I servizi igienici per il personale sono distinti da quelli per gli utenti?
4	SS auto	Esiste uno spazio, o dei locali per il deposito del materiale pulito?
5	SS auto	Esiste uno spazio, o dei locali per il deposito del materiale sporco?
6	SS auto	Esiste uno spazio, o degli armadi per il deposito del materiale d'uso, delle attrezzature, delle strumentazioni?
7	SS auto	In tutti i locali, sono assicurate, di regola, l'illuminazione e la ventilazione naturali?
8	SS auto	Esiste un impianto telefonico per utenti?
9	SS auto	Il locale ambulatorio dispone delle attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta?
10	OS auto	Durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale, è prevista la presenza di almeno un medico, indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio?
11	OS autonew	È prevista la presenza di figure professionali educativo-riabilitative e abilitative (personale in possesso di adeguata formazione per attività ad es. musicoterapia, arteterapia, rieducazione equestre, ecc.) in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta?
12	OS auto	Tutti i materiali, i farmaci, le confezioni soggetti a scadenza, portano in evidenza la data della scadenza stessa?
13	OS auto	Le prestazioni effettuate sono registrate e corredate dalle generalità riferite dall'utente?
14	OS auto	Le registrazioni e le copie dei referti vengono conservate secondo le modalità ed i tempi sanciti dalla normativa vigente?
15	OS accrnew	Esiste per ogni paziente il Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) e il Programma riabilitativo individuale (p.r.i.)?
16	OS accrnew	Per l'attività ambulatoriale sono garantiti la supervisione ed il coordinamento da parte di un medico in possesso della specializzazione in medicina fisica e riabilitativa o equipollente? (1)
17	OS accr	Durante l'orario di accesso dell'utenza, è presente almeno un infermiere professionale? (2)
18	OS accr	Tramite apposita segnaletica, l'utenza è informata circa l'orario di accesso alle prestazioni, l'elenco delle specialità disponibili, le modalità di prenotazione e i tempi di consegna dei referti?

NOTE:

- (1) In caso di pazienti disabili in età evolutiva sono garantiti la supervisione ed il coordinamento da parte di un medico in possesso della specializzazione in Neuropsichiatria Infantile?
- (2) Nel caso di interventi riabilitativi in età evolutiva rivolta a soggetti portatori esclusivamente di particolari patologie (es. autismo), in vece dell'infermiere professionale, è garantita durante le ore di apertura la presenza di almeno una figura professionale educativo-riabilitativa coerente con le necessità dell'utenza?

— • —

ATTIVITÀ DOMICILIARE IN AREA GENERALE E GERIATRICA

1	OS autonew	È prevista la presenza di figure professionali educativo-riabilitative e abilitative (personale in possesso di adeguata formazione per attività ad es. musicoterapia, arteterapia, ecc.) in numero proporzionale agli accessi domiciliari e alla tipologia dell'attività svolta?
2	OS autonew	L'attività domiciliare viene effettuata in un arco temporale concordato con il paziente e/o la sua famiglia?
3	OS autonew	Durante l'attività domiciliare l'operatore ha la possibilità di raccordarsi immediatamente, se necessario, con l'U.O. di appartenenza?

4	OS autonew	Durante lo svolgimento dell'attività domiciliare è prevista la possibilità di consultare un medico?
5	OS autonew	Le prestazioni effettuate sono registrate per: tipologia di prestazione, durata e giorno/ora di effettuazione, generalità dell'utente e controfirmate da quest'ultimo o da un suo familiare?
6	OS autonew	Le registrazioni dei trattamenti domiciliari vengono conservate secondo le modalità ed i tempi sanciti dalla normativa vigente?
7	OS autonew	Esiste per ogni paziente il Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) e il Programma riabilitativo individuale (p.r.i.)?

ALLEGATO 3

REGOLE DEL SISTEMA DELLA RIABILITAZIONE

L'offerta di Riabilitazione, nelle diverse aree di intervento, si articola nei seguenti regimi di erogazione delle prestazioni:

- Regime di ricovero ordinario: nelle aree di specialistica, di generale e geriatrica, di mantenimento
- Regime di day hospital: nelle aree di specialistica, di generale e geriatrica
- Regime a ciclo diurno continuo: nelle aree di generale e geriatrica
- Regime ambulatoriale: nelle aree di specialistica, di generale e geriatrica
- Regime domiciliare: nelle aree di generale e geriatrica.

Regole Generali**Sistema di classificazione e aree di intervento**

Il sistema adottato per la classificazione degli interventi riabilitativi in regime di ricovero ordinario in area di specialistica, generale e geriatrica, di mantenimento è per «DRG».

La classificazione diagnostica dei pazienti viene effettuata secondo la codifica ICD9-CM.

La disabilità presentata dal soggetto, cioè il livello di compromissione nel compiere le attività della vita quotidiana, dovrà essere valutata attraverso l'utilizzo di una scala specifica di valutazione della disabilità.

La struttura riabilitativa deve avere una organizzazione degli spazi, del lavoro e delle modalità operative che sia funzionale alla realizzazione dell'intervento riabilitativo e garantisca supporto, protezione e stimolazione delle capacità funzionali e relazionali di tutti i pazienti («Progetto Riabilitativo di Struttura» P.R.S.).

La struttura riabilitativa si impegna, all'ammissione di ogni nuovo paziente, alla stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) e del Programma Riabilitativo Individuale (p.r.i.).

Il progetto riabilitativo individuale, rappresenta l'insieme di proposizioni, elaborate dall'équipe riabilitativa per un determinato paziente, che tiene conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente, delle sue menomazioni, disabilità ed abilità residue e recuperabili; definisce quali siano gli esiti desiderati; definisce nelle linee generali i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento dei risultati; costituisce il riferimento obbligato per ogni intervento svolto dall'équipe riabilitativa.

Il programma riabilitativo individuale definisce specificamente, in attuazione del progetto riabilitativo individuale, le aree di intervento specifiche, gli obiettivi immediati e a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti e la verifica degli interventi.

Modalità di accesso

Prima verifica della possibilità di presa in carico riabilitativa da parte della struttura accettante, si accede al ricovero ordinario, al day hospital, al ciclo diurno continuo, all'ambulatoriale e al domiciliare su prescrizione del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta o degli Specialisti delle Strutture di ricovero e cura autorizzate all'emissione di prescrizioni per il SSN. Limitatamente al ricovero ordinario in riabilitazione generale e geriatrica si accede anche su prescrizione dei medici delle RSA e RSD accreditate.

Modalità di pagamento

Le modalità di pagamento sono indicate nello schema tipo di contratto di cui alla d.g.r. n. 6/47508 del 29 dicembre 1999 e le prestazioni saranno retribuite secondo le modalità distributive annualmente previste dalla Giunta Regionale.

Regole Specifiche**REGIME DI RICOVERO ORDINARIO E DI DAY HOSPITAL**

La riabilitazione in **regime di ricovero ordinario** è rivolta a persone che presentano menomazioni e disabilità (transitorie o permanenti) che necessitano di prestazioni diagnostiche - terapeutiche - riabilitative che, per motivi clinici e/o socioambientali, non possano essere efficacemente erogate in regime differente.

La riabilitazione in **regime di day hospital** è rivolta a soggetti che presentano menomazioni e disabilità (transitorie o permanenti) che necessitano di prestazioni diagnostiche - terapeutiche - riabilitative ed in condizioni cliniche e/o socioambientali che consentano i trasferimenti quotidiani dalla propria abitazione e non richiedano assistenza sanitaria continuativa per 24 ore al giorno.

Le strutture autorizzate e accreditate per la riabilitazione in regime di ricovero ordinario possono accreditare posti letto in regime di day hospital esclusivamente per l'area (specialistica, generale e geriatrica) accreditata e, per quanto concerne la specialistica, per le medesime specialità.

Ai fini dell'applicazione di questo provvedimento si definisce *stato vegetativo* quale: «condizione di vigilanza in assenza di coscienza, di sé e dell'ambiente circostante, con la coesistenza delle seguenti condizioni:

- Conservazione delle funzioni vegetative (cardiache, respiratorie, pressorie)
- Presenza di lesione cerebrale conseguente a stato di coma post anossico/ischemico o post traumatico o infettivo
- Assenza di pluripatologie o patologie cerebrali degenerative con importante limitazione delle attività di vita quotidiana preesistenti all'evento determinante lo stato vegetativo».

Durata della degenza e sua remunerazione

La degenza riabilitativa è remunerata per drg con durata prefissata oltre la quale (soglia) si procede ad un abbattimento tariffario. La Giunta Regionale con provvedimento specifico stabilisce ed aggiorna periodicamente l'importo dei drg e le relative durate.

Ricovero ordinario in area specialistica:

Oltre a ciò che è previsto dalla normativa vigente in materia, si specifica che si applica il drg a tariffa piena per il tempo massimo di:

- 1 anno per i pazienti in età evolutiva
- 180 giorni per pazienti con postumi di mielolesione
- 180 giorni per pazienti con sindrome post comatosa
- 180 giorni per i pazienti in stato vegetativo

Ricovero ordinario generale e geriatrico:

La degenza viene remunerata con unica tariffa giornaliera per i diversi drg e durata massima di:

- 60 giorni per la riabilitazione generale
- 90 giorni per la riabilitazione geriatrica
- 1 anno per i pazienti in età evolutiva
- indefinita per i pazienti in stato vegetativo

Ricovero ordinario in riabilitazione di mantenimento:

La degenza viene remunerata con unica tariffa giornaliera per i diversi drg e durata massima di:

- 30 giorni non ripetibili per la *stabilizzazione*
- 90 giorni per il *reinserimento*, salvo i casi sottoelencati
- fino al raggiungimento della maggiore età per pazienti in età evolutiva
- fino a 3 anni per i pazienti disabili che alla data di pubblicazione del presente provvedimento sono in trattamento presso gli Istituti zonali, classificati come *disa-*

bili psichici e handicap, e multizonali di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26.

Debito informativo

Le strutture riabilitative accreditate sono tenute ad inviare alle rispettive direzioni generali regionali le schede di dimissione ospedaliera (SDO) con le procedure di sistema informativo/informativo previste oggi dalla Direzione Generale Sanità.

RIABILITAZIONE IN REGIME DIURNO CONTINUO

La riabilitazione in regime diurno continuo, che verrà offerta dalle sole strutture di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26, è rivolta a soggetti con disabilità importanti e/o multiple che necessitano di terapie riabilitative e/o abilitative continuative, per cui non sia specificatamente richiesto un intervento in regime di ricovero.

Sistema di classificazione

In alternativa ai drg, nell'attesa di una più puntuale e valida definizione del sistema di classificazione degli interventi riabilitativi del regime diurno continuo, si identificano tre fasce di classificazione dei pazienti, assegnando a ciascuna di esse, quale indicatore di riferimento, un indice di fabbisogno riabilitativo medio giornaliero come di seguito riportato:

- Fascia 1 - A basso impegno (30/40 min.)
- Fascia 2 - A medio impegno (50/70 min.)
- Fascia 3 - Ad alto impegno (80/90 min.)

Debito informativo

Le strutture accreditate si impegnano, in attesa di una più puntuale definizione del debito informativo da parte della Regione, a:

- inviare trimestralmente il registro delle presenze degli assistiti, secondo quanto sarà determinato dalla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale;
- inviare la scheda di disabilità per ospite all'atto dell'accettazione e della dimissione.

Durata trattamenti e loro remunerazione.

I trattamenti riabilitativi a regime diurno continuo sono remunerati a tariffa giornaliera **per fascia di classificazione**, come più sopra determinato, e con durate massime di trattamento oltre le quali si procede ad abbattimento tariffario. È prevista la remunerazione anche per brevi periodi di discontinua presenza del paziente.

In fase di prima applicazione vengono individuate le seguenti durate massime:

- Fascia 1: durata massima 40 giorni
- Fascia 2: durata massima 80 giorni
- Fascia 3: durata massima 120 giorni

La Giunta Regionale con provvedimento specifico stabilisce ed aggiorna periodicamente la tariffa per fascia e la relativa durata.

In caso di riabilitazione a ciclo diurno continuo rivolta a soggetti in età evolutiva la durata massima è fissata fino alla maggiore età, fermo restando la garanzia per il minore del diritto allo studio. L'impossibilità di ottemperare all'obbligo scolastico deve essere valutata all'inizio di ogni anno scolastico dalla UONPIA di riferimento.

RIABILITAZIONE IN REGIME AMBULATORIALE

AREA SPECIALISTICA: per l'accreditamento ambulatoriale in area specialistica, si precisa che la competenza è e continuerà ad essere in capo alla Direzione Generale Sanità con le regole attualmente vigenti.

AREA GENERALE E GERIATRICA: la riabilitazione a regime ambulatoriale in area generale e geriatrica, è rivolta a soggetti con disabilità importanti e/o multiple che causano, o potrebbero causare, nel breve periodo, disabilità funzionali che limitino l'autonomia negli atti della vita quotidiana, che necessitano di terapie riabilitative e/o abilitative continuative, per cui non sia specificatamente richiesto un intervento in regime di ricovero o in regime diurno continuo.

Con riferimento alla riabilitazione in età evolutiva le strutture accreditate erogano visite per l'inquadramento diagnostico-funzionale, nonché attività di psicoterapia. Il regime ambulatoriale in area generale e geriatrica, di competenza della Direzione

Generale Famiglia e Solidarietà Sociale è riservato agli attuali Istituti di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26.

Sistema di classificazione

In alternativa ai drg, nell'attesa di una più puntuale e valida definizione del sistema di classificazione degli interventi riabilitativi del regime ambulatoriale generale e geriatrico, si identificano tre fasce di classificazione dei pazienti, assegnando a ciascuna di esse, quale indicatore di riferimento, un indice di fabbisogno riabilitativo medio per seduta intesa come insieme di più trattamenti, come di seguito riportato:

- Fascia 1 - A basso impegno (30/40 min.)
- Fascia 2 - A medio impegno (50/70 min.)
- Fascia 3 - Ad alto impegno (80/90 min.)

Debito informativo

Le strutture accreditate si impegnano, in attesa di una più puntuale definizione del debito informativo da parte della Regione a:

- Ad inviare trimestralmente il registro delle presenze degli assistiti, secondo quanto sarà determinato dalla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale.
- Ad inviare la scheda di disabilità per ospite all'atto dell'accettazione e della dimissione.

Durata trattamenti e loro remunerazione

I trattamenti riabilitativi a regime ambulatoriale generale e geriatrico sono remunerati a tariffa per seduta, **per fascia di classificazione**, come più sopra determinato, e con durate massime di trattamento oltre le quali si procede ad abbattimento tariffario.

In fase di prima applicazione viene individuato il numero massimo di sedute consecutive per ogni fascia, così come di seguito riportato:

- Fascia 1: n. max sedute 30
- Fascia 2: n. max sedute 40
- Fascia 3: n. max sedute 60

La Giunta regionale con provvedimento specifico stabilisce ed aggiorna periodicamente la tariffa per seduta e il relativo numero massimo di sedute consecutive.

In caso di riabilitazione generale in regime ambulatoriale rivolta a soggetti disabili in età evolutiva il numero massimo delle sedute consecutive è di 180 per ogni fascia. Ulteriori necessità riabilitative identificate dallo specialista dovranno essere condivise dalla UONPIA di riferimento. Sono previste tariffe per le visite di inquadramento diagnostico - funzionale e per l'attività di psicoterapia.

RIABILITAZIONE IN REGIME DOMICILIARE IN AREA GENERALE E GERIATRICA

Gli attuali Istituti di riabilitazione ex articolo 26, autorizzati ed accreditati in altri regimi di riabilitazione generale e geriatrica, possono accreditarsi per il regime domiciliare, di competenza della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale.

La riabilitazione in regime domiciliare è rivolta a soggetti, con disabilità importanti e/o multiple, che per motivi clinici e socio ambientali non possano accedere alla riabilitazione in regime ambulatoriale.

Debito informativo

Le strutture accreditate si impegnano, in attesa di una più puntuale definizione del debito informativo da parte della Regione, a:

- inviare trimestralmente il registro delle presenze degli assistiti, secondo quanto sarà determinato dalla Regione Lombardia;
- inviare la scheda di disabilità per ospite all'atto dell'accettazione e della dimissione.

Durata trattamenti e loro remunerazione

I trattamenti riabilitativi domiciliari generali e geriatrici vengono remunerati per accesso domiciliare con durata massima di trattamenti oltre i quali si procede ad abbattimento tariffario.

In fase di prima applicazione viene individuato il numero massimo di 30 trattamenti domiciliari consecutivi.

La Giunta regionale con provvedimento specifico stabilisce ed aggiorna periodicamente la tariffa e il relativo numero massimo di trattamenti domiciliari consecutivi.

In caso di riabilitazione domiciliare rivolta a soggetti disabili in età evolutiva la soglia è fissata in 90 sedute. Ulteriori necessità riabilitative identificate dallo specialista dovranno essere condivise dalla UONPIA di riferimento.

ALLEGATO 4

Percorsi di riclassificazione e di accreditamento delle Attività di Riabilitazione

1) DIREZIONE GENERALE SANITÀ

A) Riclassificazione di strutture sanitarie già a contratto

- Strutture sanitarie attualmente accreditate e a contratto con le ASL per attività riabilitative (cod. attuali 56, 28, 75, 60)
- Attività accreditate relative a sperimentazioni pubblico/privato già approvate dalla Giunta Regionale
- Attività di cui al punto 3 primo comma del dispositivo della d.g.r. 7/9491 del 21 giugno 2002
- Unità operative comprese nei POA.

Entro 90 giorni dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia della presente d.g.r. devono presentare, così come avviene per le istanze di accreditamento, alla Direzione Generale Sanità ed in copia alla ASL di ubicazione, istanza di riclassificazione, secondo le aree riabilitative definite nell'allegato 1, con allegata l'autocertificazione del possesso dei requisiti minimi organizzativi autorizzativi e di accreditamento.

Le strutture possono avvalersi della «perizia asseverata» riguardante gli stessi requisiti, che comunque saranno soggetti a verifica da parte della ASL successivamente alla avvenuta riclassificazione. In mancanza di «perizia asseverata», la ASL competente per territorio dovrà eseguire una verifica del possesso dei requisiti entro 90 giorni dalla presa d'atto della avvenuta riclassificazione.

La riclassificazione avverrà tramite Decreto del Direttore Generale Sanità.

Il mancato adeguamento entro i tempi suddetti rispetto agli ulteriori requisiti organizzativi introdotti dal presente atto darà luogo a quanto previsto dalla normativa vigente.

Per quanto riguarda i requisiti strutturali e tecnologici, generali e specifici, le strutture mantengono i tempi di adeguamento previsti dalla normativa vigente.

La Direzione Generale Sanità prima di procedere agli atti di riclassificazione provvederà a verificarne, tramite ASL, la compatibilità con il quadro Regionale, secondo il criterio principale del mantenimento di una situazione di equilibrio quali quantitativo attorno agli attuali livelli di offerta.

B) Strutture sanitarie che possono accedere alla messa a contratto della quota dei 450 nuovi posti letto, relativa al 1° anno di attuazione del presente riordino

Entro 90 giorni dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia della presente d.g.r., devono presentare alla Direzione Generale Sanità ed in copia alla ASL di ubicazione, istanza di accreditamento/riclassificazione, secondo le aree riabilitative nell'allegato 1, con allegata l'autocertificazione del possesso dei requisiti minimi organizzativi autorizzativi e di accreditamento nonché del possesso del nullaosta ai sensi dell'art. 15, comma 15, della legge regionale 31/97 e successivamente autorizzate alla realizzazione con la destinazione di attività sanitarie di ricovero e cura

All'istanza dovrà essere allegata una «perizia asseverata» riguardante gli stessi requisiti, che comunque saranno soggetti a verifica da parte della ASL successivamente alla avvenuta riclassificazione, o, in alternativa, una delibera positiva di verifica ASL dei requisiti previsti, secondo le tipologie di cui all'allegato 1.

Saranno ritenute processabili le istanze presentate entro 90 giorni dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia della presente d.g.r. che risulteranno complete, comprese la «perizia asseverata» o la delibera positiva della ASL, e non sarà prevista la possibilità di integrazioni successive alla presentazione dell'istanza stessa.

Per quanto riguarda i requisiti strutturali e tecnologici, generali e specifici, le strutture che ne hanno diritto manterranno i tempi di adeguamento previsti dalla vigente normativa.

2) DIREZIONE GENERALE FAMIGLIA E SOLIDARIETÀ SOCIALE

Istituti di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26, l. 833/78, provvisoriamente accreditati afferenti alla direzione generale Famiglia e Solidarietà Sociale

Entro e non oltre 90 giorni dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia della d.g.r. di recepimento del parere espresso dalla competente Commissione Consiliare, gli Istituti di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26 provvisoriamente accreditati, presentano alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale la proposta di riclassificazione dei posti da autorizzare ed accreditare, per area riabilitativa, così come definito nell'allegato 1, e per tipologia di regime così come definita nell'allegato 2.

Entro i successivi 60 giorni la D.G. Famiglia, con specifico provvedimento, definirà, compatibilmente con il quadro demografico regionale di riferimento, con il numero di posti letto programmati per area e stabiliti nel presente provvedimento, nonché coerentemente con l'indice di fabbisogno regionale definito nel PSSR 2002/2004:

- il numero di posti autorizzabili ed accreditabili per singola struttura,
- la scadenza e le modalità per la presentazione delle domande di autorizzazione ed accreditamento alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale e alla ASL di ubicazione, a cui dovrà essere allegata l'autocertificazione del possesso dei requisiti minimi organizzativi autorizzativi e di accreditamento. Le strutture potranno avvalersi o della verifica della ASL o della «perizia asseverata» riguardante gli stessi requisiti. In questo secondo caso il possesso dei requisiti richiesti per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO sarà soggetto a verifica da parte della ASL successivamente alla avvenuta riclassificazione,
- i tempi di adeguamento agli standard strutturali.

