PARTE I

ATTI DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO

DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA 3 febbraio 2011, n. **8.**

Modifica dell'Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2020 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato «Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie».

LA PRESIDENTE
In Qualita' di Commissario ad Acta

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Regolamento Regionale n.1 del 6 settembre 2002, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive integrazioni e modificazioni;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, con la quale la Presidente della Regione Lazio è stata nominata Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 17 ottobre 2008 il dr. Mario Morlacco è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008;

VISTO il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23.10.92, n. 421";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: "Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "Presa d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro" e i seguenti obiettivi:

- 1.1.2 Definizione dei requisiti per l'autorizzazione
- 1.1.3 Modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi
- 1.1.4 Ulteriori requisiti per l'accreditamento
- 1.2.2Ridimensionamento di reparti con bassa performance organizzativa.
- 1.2.4 Riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza, l'urgenza e l'elezione;

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito dalla Conferenza Stato – Regioni e Provincie Autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

CONSIDERATO, altresì, che il suddetto Patto all'art.7, stabilisce di dover "promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e remunerazione" , ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n.131/03;

VISTO l'art. 1, co. 796, lett. s), legge 27 dicembre 2006, n. 296, secondo cui a decorrere dal 1° gennaio 2008 cessano i transitori accreditamenti, e la successiva lettera t) e s.m.i., secondo cui, invece, con specifico riferimento agli accreditamenti provvisori, "le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2011 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private *(omissis)* .. non confermate dagli accreditamenti definitivi";

VISTA la Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio" Art. 1, commi da 18 a 26 – "Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private";

VISTA la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali" e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 424 del 14 luglio 2006, concernente: "Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie";

VISTO il Regolamento Regionale n. 2 del 26 gennaio 2007 e successive modificazioni, recante: "Disposizioni relative alla verifica di compatibilità e al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'articolo 5, comma 1, lett. b), della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4, (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modificazioni";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0090 del 10.11.2010 che nel disciplinare le procedure per l'accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), approvava i "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" nonché i "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" integrando in tal modo il contenuto della DGR n.424/2006;

VISTO la Legge Regionale n. 9 del 24.12.2010, concernente: "Disposizioni collegate alla Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2011, ed in particolare l'art. 2, comma da 13 a17;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0103 del17.12.2010 avente ad oggetto: "Residenze sanitarie assistenziali (RSA). Riorganizzazione e riqualificazione dell'offerta assistenziale ai sensi dei decreti commissariali n. U0017/2008 e n. U0048/2010. Definizione degli elementi di riferimento per l'articolazione dell'offerta nei diversi livelli prestazionali finalizzato alla predisposizione del nuovo sistema di tariffazione";

VISTE le note del 29.10.2010 a firma di Confindustria Lazio e ARIS, del 26.10.2010 (prot. 733/10/2010) di CONFINDUSTRIA Lazio, del 18.11.2010 a firma congiunta di AIOP Lazio, ARIS, CONFINDUSTRIA Lazio e FEDERLAZIO Salute (Rif. prot. 51385/10), del 24.11.2010 dell'ANASTE (Rif. prot. n. 1419) e le successive del 25.11.2010 (Rif. prot. 31864) e del 16.12.2010 (Rif. prot. int. 1168/10), dell'1.12.2010 a firma congiunta di AIOP Lazio, ARIS, CONFINDUSTRIA Lazio e FEDERLAZIO Salute (Rif. prot. n. 1451), del 9.12.2010 dell'AIOP (Rif. prot. n.1492), del 10.12.2010 rispettivamente di EUROPEAN HOSPITAL S.p.a., VILLA VON SIEBENTHAL, CONFINDUSTRIA Lazio (Rif. prot. n. 1080, n. 1081, n. 1117);

CONSIDERATO che nelle suddette note veniva rappresentata da un lato l'insostenibilità economica dei requisiti organizzativi contenuti nel Decreto del Commissario ad Acta n. U0090/2010, superiori rispetto a quanto previsto dalla normativa nazionale, e dall'altro richiamata l'attenzione su alcune sentenze del TAR e del Consiglio di Stato che ribadiscono l'esigenza di correlazione tra i costi che le imprese sanitarie private sostengono per garantire i requisiti richiesti e le tariffe che la parte pubblica prevede per le relative prestazioni;

PRESO ATTO altresì della mancata attuazione della DGR n. 424/2006, come oggettivamente si deduce dalle note circolari del 26.06.2007 (Rif. prot. n. 69764), del 4.04.2008 (Rif. prot. 37751), del 26.08.2008 (Rif. prot. n. 99819/45/01);

CONSIDERATO che

- le Associazioni di Categoria hanno richiesto un incontro urgente per esaminare le criticità riconducibili all'adeguamento rispetto ai criteri organizzativi contenuti nel citato Decreto n. U0090/2010 con riferimento alle seguenti tipologie assistenziali: Riabilitazione intensiva (codice 56); Lungodegenza medica (codice 60); RSA;
- la Regione Lazio ha soddisfatto detta richiesta attivando un confronto con le stesse, con il supporto tecnico di LazioSanità-ASP e dell'advisor contabile per il piano di rientro KPMG, a partire dal 24 novembre 2010;
- a seguito dell'incontro è stato richiesto supporto tecnico a LazioSanità-ASP ed a KPMG al fine di verificare la fondatezza delle eccezioni sollevate e, se del caso, individuare un'ipotesi di modifica dei requisiti, sempre nel rispetto dei livelli di assistenza specifici e secondo quanto previsto dalle Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (pubblicate sulla Gazzetta ufficiale n. 124 del 30.5.1998);

CONSIDERATO che, a partire dal 9 dicembre 2010 (nota prot. 41876 del 7.12.2010) si sono susseguiti numerosi incontri nel corso dei quali è stata condivisa la necessità di attivare un Tavolo Tecnico composto da esperti qualificati del settore, indicati da LazioSanità-ASP e dalle Associazioni di categoria e integrato da un rappresentante del SIMMFIR del Lazio (Sindacato dei Medici di Medicina Fisica e Riabilitativa) a seguito di telegramma del 13.12.2010;

TENUTO CONTO che il Tavolo Tecnico ha prodotto i seguenti documenti (All. A) contenenti i requisiti organizzativi necessari a garantire i minutaggi di assistenza previsti dalle Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione del 1998, distintamente per:

- a - attività di riabilitazione (cod. 56) (prot. n. 6979 del 13.1.2011);
- b - attività di lungodegenza (cod. 60) (verbale del 22.12.2010);
- c - attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3 (verbale del 22.12.2010);

PRESO ATTO che LazioSanità-ASP, in risposta alla nota prot. 121/SP del 7.1.11, ha formulato osservazioni relative all'attività di riabilitazione (cod. 56), nulla eccependo sul contenuto degli altri documenti relativi alla lungodegenza e per le attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, assunte agli atti con nota prot.138/SP del 25.1.11;

TENUTO CONTO che nei suddetti Allegati è previsto il personale minimo necessario a garantire i livelli di assistenza per le diverse tipologie dimensionali in rapporto al numero dei posti letto eccetto che per l'Attività di Riabilitazione Intensiva (cod. 56) di cui all'All. Aa – attività di riabilitazione (cod. 56) che si riferisce ad una ipotetica struttura con una dotazione di n. 100 posti letto;

PRECISATO che i requisiti di cui al presente provvedimento sono da intendersi necessari ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e non possono invece rilevare ai fini della durata dei trattamenti, che in ogni caso devono essere garantiti nel rispetto delle linee guida, dei protocolli diagnostico-terapeutici e degli altri atti di programmazione ed organizzazione sanitaria;

RAVVISATA la necessità di esplicitare i requisiti organizzativi minimi anche per strutture che erogano attività di riabilitazione (codice 56) con capacità ricettiva diversa da 100 p.l. (All. B);

RITENUTO, alla luce di quanto precede, di dover modificare ed integrare l'Allegato 1 del Decreto del Commissario ad Acta n. U0090 del 10.11.2010, in coerenza con le risultanze documentali contenute negli atti sottoscritti dagli esperti del Tavolo Tecnico e validati dalla LazioSanità-ASP.

DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa che si intendono integralmente riportate:

1. di approvare le modifiche, elaborate dagli organismi tecnici e validati da LazioSanità-ASP, ai requisiti organizzativi di cui allegato 1 del Decreto U0090 del 10.11.2010, come indicato negli Allegati A e B al presente Decreto di cui costituiscono parte integrante e per l'effetto modificare ed integrare l'All. 1 al Decreto U0090 del 10.11.2010 approvando il testo integrato e coordinato denominato "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (Allegato C), che sostituisce il testo precedentemente approvato;

2. Sono fatte salve le dichiarazioni rese dai soggetti erogatori nell'ambito della procedura attivata ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 della L.R. 3/2010, relativamente a quanto dichiarato nella compilazione del questionario di autovalutazione circa il possesso dei requisiti autorizzativi concernenti l'impegno ad adeguarsi ai criteri specificati dalla normativa regionale.

La Presidente
Renata POLVERINI

Allegato A

REGIONE LAZIO

06 - AREA AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO ED ATTIVITA' ISPETTIVA

Prot. 6979 Roma,li 13 DIC. 2011

Dr.ssa Miriam Cipriani
Direzione Assetto Istituzionale
Prevenzione ed Assistenza Territoriale

Oggetto: Trasmissione documento esperti Cod.56.

Con la presente si trasmette il documento sui criteri organizzativi delle attività sanitarie di riabilitazione intensiva Cod. 56, realizzato dagli esperti in materia firmatari dello stesso.

Inoltre, si allega la mail del Prof. Fletzer dalla quale è nata l'esigenza di un approfondimento in merito all'argomento di cui sopra.

Il Dirigente dell'Area
VITTUCCI

Riabilitazione (cod 56)

Sulla base di quanto previsto dalle Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (pubblicate in GU n.124 del 30.5.1998) con riferimento alle attività di riabilitazione intensiva è previsto "*un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o di durata dell'intervento (orientativamente riferibile ad almeno tre ore giornaliere di terapia specifica, intese come quelle erogate direttamente dal personale tecnico sanitario della riabilitazione quale, ad esempio, il fisioterapista, il logopedista, il terapista occupazionale, l'educatore professionale e l'infermiere in quegli atti finalizzati al miglioramento delle ADL - attività della vita quotidiana)*".
L'interpretazione di queste linee guida, che come tali sono da intendere esclusivamente come di indirizzo, ha determinato sovente incertezze applicative.
Gli attuali criteri organizzativi normati con il decreto 424 del 14/07/2006 ed in seguito rivisti nel decreto 90 del 2010 sono infatti, ad oggi, difficilmente applicabili perché non risulterebbero compatibili, in termini di costi /ricavi, con le rette vigenti riconosciute dalla Regione per questo tipo di attività. Nella realtà sono recepiti i criteri espressi dalla 434 del 2001 che, se congrui per il passato, appaiono però insufficienti per la tipologia dell'utenza che attualmente afferisce alle divisioni di riabilitazione (cod.56). Ricordiamo che si tratta di soggetti provenienti da ospedali per acuti con Barthel index inferiore a 49 e con condizione clinica ancora non stabilizzata (DGR 266/2007). La rivisitazione degli attuali criteri organizzativi per il codice 56 deve tenere presente, nella sua formulazione, una serie di indicazioni irrinunciabili:

- Formulazione di una diagnosi riabilitativa
- formulazione di un progetto riabilitativo individuale
- formulazione di programmi riabilitativi in linea con il progetto e identificanti gli obiettivi da raggiungere
- presa in carico del soggetto disabile da parte di una equipe interprofessionale che deve riconoscere al proprio interno il medico fisiatra responsabile del progetto riabilitativo, i tecnici sanitari della riabilitazione responsabili , nel ruolo di case manager, dei singoli programmi.
- Tre ore di attività riabilitativa per ciascun degente ripartita in relazione alle necessità individuate nel progetto riabilitativo; si specifica che tale attività non deve intendersi necessariamente erogata da tecnici sanitari della riabilitazione in un rapporto di uno ad uno in forma di esercizio terapeutico, ma potrà prevedere, in accordo con il progetto individuale, attività di nursing infermieristico finalizzato alle ADL, attività da svolgere in gruppo, attività di valutazione, utilizzo di terapie fisiche (si rimanda nello specifico all'allegato 1 del Prof Santilli).
- Rispetto degli attuali criteri di congruità dell'accesso così come normati dalla già citata DGR n.266/2007.

Poste queste premesse i criteri organizzativi di una struttura in codice 56, rapportati ad un numero ipotetico di 100 p.l., saranno i seguenti:

Professionisti	unità a tempo pieno
Medico	10,00
Direttore u.o.c./u.o.s.	2,00
Ft, to, logo. educatore	33,00
Psicologo	1,00
Infermieri professionali	30,00
Capo sala	2,00
OSS o figure similari	16,00
Assistente sociale	1,00
Totale organico	**95,0**

Organici
La tabella del presente documento, rapportata ad un numero di 100 p.l., sarà rimodulata proporzionalmente per strutture con numero di p.l. diverso.
Per moduli inferiori sarà comunque vincolante la presenza di quelle figure professionali previste nella tabella in numero non divisibile (Assistente Sociale, psicologo).
Per le altre figure il numero del personale sarà riformulato proporzionalmente ai p.l., con arrotondamento migliorativo nel caso che il rapporto dovesse produrre numeri con decimali e comunque in numero sufficiente a garantire la copertura minima dei turni del personale.
Gli organici, per le strutture ospedaliere, dovranno essere rimodulati in senso migliorativo, in particolare per quanto riguarda i reparti Ospedalieri cod 56, ai quali afferiscono anche pazienti con gravi comorbidità, che con difficoltà potrebbero essere gestiti in strutture esterne all'ospedale. Per reparti con ridotto numero di p.l., comunque, si dovranno prevedere per la sola degenza, come minimo tre medici più il direttore della UOC./UOS..

Medici: 10 (più due responsabili con anzianità di servizio di sette anni, di cui cinque nella disciplina Medicina Fisica e Riabilitazione (MFR) o disciplina equipollente, e specializzazione nella Medicina Fisica e Riabilitativa o in una disciplina equipollente ovvero anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina MFR; tale numero si intende relativo alla sola degenza (e quindi non comprendente attività di ambulatorio e consulenziali), escludendo le guardie notturne, festive e prefestive. Tale organico assolve compiti di accettazione, valutazione clinica, conseguimento e controllo della stabilità clinica dei degenti nella divisione, formulazione (con l'equipe) e governo del progetto riabilitativo.
In considerazione che negli ospedali e nelle Aziende Ospedaliere, ove insiste un reparto di cod 56, parte rilevante delle attività dei medici fisiatri è riconducibile alle richieste consulenziali vincolanti per la stesura dei progetti e dei programmi riabilitativi presso i reparti per acuti, andrà considerata in aggiunta alla pianta organica prevista per la degenza cod. 56, una unità medico-specialista-fisiatra ogni 200 posti letto per acuti.

Tecnici sanitari della riabilitazione: 33 (di cui uno coordinatore) comprendenti fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali ed educatori professionali. Per la razionalizzazione dell'assistenza riabilitativa di supporto nei reparti per acuti ospedalieri, per l'ottimizzazione delle risorse umane, strumentali ed ambientali, per l'attuazione di progetti e programmi riabilitativi, per consentire la continuità terapeutica nei confronti dei pazienti necessitanti di trasferimento verso i reparti di riabilitazione intensiva, tutti i tecnici

sanitari della riabilitazione strutturati presso l'ospedale/azienda ospedaliera afferiranno in senso funzionale e organizzativo al direttore U.O.C. cod 56 della medesima struttura ospedaliera, sia per i trattamenti dei pazienti degenti cod. 56 che per quelli ricoverati nei reparti per acuti. In assenza di cod. 56 tale personale afferirà al Direttore della UOC 28/75, se presente nel Presidio.

Infermieri: 30 (più due caposala); tale numero potrà eventualmente essere rivisto in termini di miglioramento là dove gli aspetti organizzativi (u.o. con numero di letti = / < 20) o logistici strutturali (u.o. insistenti su più piani) lo richiedano.

Oss: 16 (compresi gli oss con compiti di palestra)

In riferimento alle attività di Day Hospital, occorre evidenziare, che vi sarà una prevalenza delle figure professionali di tecnici sanitari della riabilitazione, rispetto alle figure di infermiere e OSS ed almeno un medico dedicato per strutture inferiori a 20 p.l.

Assistenti Sociali: 1

Psicologi: 1 (preferibilmente con competenze neuropsicologiche)

Tipologia pl. Reparti cod. 56
Per l'ottimizzazione dell'assistenza riabilitativa si individua come requisito di riferimento per le divisioni cod. 56 un numero massimo di 50 p.l.

Note da inserire nel documento finale

Operatori sanitari
Il personale sanitario, riconducibile al trattamento riabilitativo intensivo, previsto dalle Linee Guida del '98 e richiamato nella tabella precedentemente rappresentata, è da considerarsi sufficiente per la copertura delle tre ore giornaliere previste. Nelle tre ore, fatto salvo l'intervento dell'infermiere per l'addestramento delle ADL, andrà garantita la prevalenza per almeno due terzi del tempo per i trattamenti individuali, da parte dei tecnici della riabilitazione che intervengono sulle disabilità (F.T., T.O., LOG.). Per il tempo rimanente, sarà considerato accettabile, quando necessario, l'utilizzo della terapia strumentale con mezzi fisici, la terapia di gruppo, il supporto dello psicologo/neuropsicologo e l'attività di socializzazione da parte dell'educatore professionale. Tenuto conto la rilevante eterogeneità dei pazienti che afferiscono al cod. 56, la declaratoria sopra descritta andrà considerata solo in senso orientativo. A tal proposito saranno vincolanti gli obiettivi fissati nel progetto e programmi riabilitativi circa le modalità di intervento degli operatori sopra menzionati e la loro tempistica operativa sul paziente.

ADL
Le attività ADL, con finalità riabilitative, erogate dagli infermieri, devono essere documentate.

Mezzi Fisici
I mezzi fisici utilizzati per i degenti, devono corrispondere ad indicazioni riconducibili all'EBM e comunque a criteri di "Good Practice", e quindi a logiche terapeutiche compatibili con le patologia di riferimento.

Coordinatori dei Tecnici Sanitari della Riabilitazione
I coordinatori avranno un 30% del loro orario dedicato ad attività di coordinamento mentre per il restante 70% dovranno continuare a svolgere attività di assistenza.

Ambulatorio/ Day Hospital
L'attività ambulatoriale e di Day Hospital in divisioni che eroghino prestazioni in regime di degenza deve riconoscere un proprio organico diverso da quello dedicato alla degenza.

Prof. Fletzer

Prof. Palieri

Prof. Santilli

Prof. Spadini

Attività di lungodegenza

Personale dedicato all'assistenza

			POSTI LETTO					
	min die	pers min	20,00	40,00	60,00	80,00	100,00	120,00
MEDICO	16,00	1,50	1,5	2,0	3,1	4,1	5,1	6,1
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	30,00	1,00	3,0	4,0	6,0	8,0	10,0	12,0
PERSONALE INFERMIERISTICO	53,00	6,00	7,0	10,0	14,0	20,0	24,0	28,0
OPERATORE SOCIO SANITARIO	40,00	6,00	5,0	6,5	9,7	13,0	15,5	19,5
Totale complessivo			**16,5**	**22,5**	**32,8**	**45,0**	**55,3**	**65,6**

Si precisa che:

- tra i medici è compreso il responsabile;
- tra il personale delle riabilitazione è compreso: il fisioterapista, il logopedista, il terapista occupazionale);
- il personale della Riabilitazione svolge il 70% delle terapie individualmente ed il 30% in terapie individuali di gruppo (9 minuti);

		20,00	40,00	60,00	80,00	100,00	120,00
Min die	30,00						
% gruppo							
Min die gruppo	9,00						
Min die individuali	21,00						
Paz gruppo	3,00						
Min die totali		480,00	960,00	1.440,00	1.920,00	2.400	2.880
TDR		2,0	4,0	6,0	8,0	10,0	12,0

- tra gli infermieri sono compresi i coordinatori (1 ogni 60 PL);
- il minutaggio garantito da OSS può essere erogato anche da OTA, ADEST, ausiliari e figure qualificate destinate all'assistenza.

22 dicembre 2010

Mastromattei
Landi
Cozzolino
Stirpe
Cafariello

RSA r1

Personale dedicato all'assistenza

			POSTI LETTO
	min die	pers min	10
MEDICO	30,00	1,00	1,00
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	50,00	2,00	2,00
PERSONALE INFERMIERISTICO	148,00	6,00	6,00
PSICOLOGO			
ASSISTENTE SOCIALE			
OPERATORE SOCIO SANITARIO	148,00	6,00	6,00
Totale complessivo			**15,00**

Si precisa che:

- il minutaggio garantito da OSS può essere erogato anche da OTA, ADEST, ausiliari e figure qualificate destinate all'assistenza.
- Le attività non dedicate all'assistenza diretta alla persona possono essere esternalizzate.
- Per strutture inferiori a 10 PL il personale rimane comunque pari a quello previsto per 10 PL.

22 dicembre 2010

Mastromattei
Stirpe
Cafariello
Cozzolino

RSA r2

Personale dedicato all'assistenza

			POSTI LETTO					
	min die	pers min	20,00	40,00	60,00	80,00	100,00	120,00
MEDICO			0,63	0,79	1,00	1,00	1,00	2,00
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	40,00	1,00	2,10	4,10	6,10	8,10	10,10	12,10
PERSONALE INFERMIERISTICO	53,00	6,00	6,00	8,60	12,90	17,20	21,50	25,80
OPERATORE SOCIO SANITARIO	60,00	6,00	6,00	9,80	14,60	19,50	24,40	29,20
Totale complessivo			14,73	23,29	34,60	45,80	57,00	69,10

Si precisa che:

- fino a 60 PL è prevista la presenza della figura del medico responsabile a tempo definito (18 ore a 20 PL, 24 ore a 40 PL, 30 ore a 60 PL), oltre i 60 PL un medico full time (38 ore). A 120 PL sono previsti due medici di cui uno responsabile.
- tra il personale delle riabilitazione è compreso: il fisioterapista, il logopedista, il terapista occupazionale, educatore professionale);
- il personale della Riabilitazione svolge 21 minuti di terapia individualmente e 19 minuti in terapie individuali di gruppo (massimo 5 pazienti per gruppo);

		20,00	40,00	60,00	80,00	100,00	120,00
Min die	40,00						
% gruppo							
Min die gruppo	19,00						
Min die individuali	21,00						
Paz gruppo	5,00						
Min die totali		496,00	992,00	1.488,00	1.984,00	2.480	2.976
TDR		**2,1**	**4,1**	**6,1**	**8,1**	**10,1**	**12,1**

- il minutaggio garantito da OSS può essere erogato anche da OTA, ADEST, ausiliari e figure qualificate destinate all'assistenza.
- Le attività non dedicate all'assistenza diretta alla persona possono essere esternalizzate.

22 dicembre 2010

Mastromattei
Stirpe
Cafariello
Cozzolino

RSA r2d

Personale dedicato all'assistenza

	min die	pers min	POSTI LETTO 20,00	40,00	60,00	80,00	100,00	120,00
MEDICO			0,63	0,79	1,00			
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	40,00	1 00	2,10	4,10	6,10			
PERSONALE INFERMIERISTICO	37,00	6 00	6,00	6,10	9,10			
OPERATORE SOCIO SANITARIO	70,00	6,00	6,00	1,40	17,10			
Totale complessivo			14,73	22,39	33,30			

Si precisa che:

- fino a 60 PL è prevista la presenza della figura del medico responsabile per 24 ore a 20 PL, 30 ore a 40 PL, 38 ore a 60 PL.
- tra il personale delle riabilitazione è compreso: il fisioterapista, il logopedista, il terapista occupazionale, educatore professionale);
- il personale della Riabilitazione svolge 21 minuti di terapia individualmente e 19 minuti in terapie individuali di gruppo (massimo 5 pazienti per gruppo);

		20,00	40,00	60,00	80,00	100,00	120,00
Min die	40,00						
% gruppo							
Min die gruppo	19,00						
Min die individuali	21,00						
Paz gruppo	5,00						
Min die totali		496,00	992,00	1.488,00	1.984,00	2.480	2.976
TDR		2,1	4,1	6,1	8,1	10,1	12,1

- il minutaggio garantito da OSS può essere erogato anche da OTA, ADEST, ausiliari e figure qualificate destinate all'assistenza.
- Le attività non dedicate all'assistenza diretta alla persona possono essere esternalizzate.
- Per strutture superiori a 60 il personale sarà dimensionato in proporzione.

22 dicembre 2010

Mastromattei
Stirpe
Cafariello
Cozzolino

RSA r3

Personale dedicato all'assistenza

	min die	pers min	POSTI LETTO 20,00	40,00	60,00	80,00	100,00	120,00
MEDICO	3,00		0,47	0,63	0,79	1,00	1,00	1,00
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	20,00	1,00	1,00	2,00	3,00	3,90	4,90	5,90
PERSONALE INFERMIERISTICO	30,00	5,00	6,00	6,00	7,30	9,80	12,20	14,60
OPERATORE SOCIO SANITARIO	60,00	5,00	6,00	9,80	14,60	19,50	24,40	29,20
Totale complessivo			**13,47**	**18,43**	**25,69**	**34,20**	**42,50**	**50,70**

Si precisa che:

- fino a 60 PL è prevista la presenza della figura del medico responsabile a tempo definito (18 ore a 20 PL, 24 ore a 40 PL, 30 ore a 60 PL), oltre i 60 PL un medico full time (38 ore);
- tra il personale delle riabilitazione è compreso: il fisioterapista, il logopedista, il terapista occupazionale, educatore professionale);
- il personale della Riabilitazione svolge il 50% delle terapie individualmente ed il 50% (10 minuti) in terapie individuali di gruppo (massimo 5 pazienti per gruppo);

		20,00	40,00	60,00	80,00	100,00	120,00
Min die	20,00						
% gruppo							
Min die gruppo	10,00						
Min die individuali	10,00						
Paz gruppo	5,00						
Min die totali		240,00	480,00	720,00	960,00	1.200	1.440
TDR		**1,0**	**2,0**	**3,0**	**3,9**	**4,9**	**5,9**

- il minutaggio garantito da OSS può essere erogato anche da OTA, ADEST, ausiliari e figure qualificate destinate all'assistenza.

22 dicembre 2010

Mastromattei
Stirpe
Cafariello
Cozzolino

Allegato B

Attività di Riabilitazione Intensiva (codice 56)

Ad integrazione del documento relativo alla riabilitazione codice 56 elaborato dagli esperti nell'incontro del 21 dicembre u.s, si esplicitano i requisiti organizzativi per strutture che erogano attività di riabilitazione codice 56 con capacità ricettiva diversa da 100 PL.

	Min/die persona	Pers. minimo	POSTI LETTO 20,00	40,00	60,00	80,00	100,00	120,00
MEDICO	31,00	3,00	3,0	4,0	6,0	8,0	10,0	12,0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	120,00	1,00	7,5	14,5	21,5	28,5	35,5	42,5
PERSONALE INFERMIERISTICO	74,00	7,00	8,0	13,0	20,0	26,0	32,0	39,0
PSICOLOGO			-	-	-	-	-	-
OPERATORE SOCIO SANITARIO	39,00	6,00	6,0	7,0	9,5	13,0	16,0	19,0
Totale complessivo			24,5	38,5	57,0	75,5	93,5	112,5

	POSTI LETTO 20	40	60	80	100	120
DIRETTORE SANITARIO						
MEDICO RESPONSABILE	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00
ASSISTENTE SOCIALE	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
MEDICO DI GUARDIA						
Totale complessivo	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Si precisa che:

- La figura del coordinatore è compresa tra le unità di personale infermieristico
- Il minutaggio garantito da OSS può essere erogato anche da OTA, ADEST o figure similari qualificate destinate all'assistenza diretta alla persona;
- Il direttore sanitario e la guardia medica non sono riportati in tabella in quanto possono essere di struttura.

Il numero di TdR su 100 PL è stato ricalcolato in 35,5 per garantire un minutaggio pari a 120 min. die di assistenza.

Dei 74 minuti di assistenza infermieristica 60 minuti sono dedicati al recupero delle ADL.

ALLEGATO C

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

INDICE

PREMESSA

REQUISITI DI CARATTERE GENERALE PER TUTTE LE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE

0.1 REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

0.2. REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

0.3 SISTEMA INFORMATIVO

1. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO PER ACUZIE

1.0. REQUISITI DI CARATTERE GENERALE
1.0.1 Requisiti Strutturali e Tecnologici
1.0.2. Requisiti Organizzativi

1.1. SISTEMA EMERGENZA

1.1.1. PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO
1.1.1.1. Requisiti strutturali
1.1.1.2 Requisiti impiantistici
1.1.1.3. Requisiti Organizzativi

1.1.2. MEDICINA D'URGENZA E P.S. IN DEA DI I LIVELLO
1.1.2.1. Requisiti Strutturali
1.1.2.2. Requisiti Impiantistici
1.1.2.3. Requisiti Organizzativi

1.1.3. MEDICINA D'URGENZA E P.S. IN DEA di II LIVELLO
1.1.3.1 Requisiti strutturali
1.1.3.2. Requisiti Impiantistici
1.1.3.3. Requisiti Organizzativi

1.1.4. RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA
1.1.4.1. Requisiti Strutturali
1.1.4.2. Requisiti Tecnologici
1.1.4.3. Requisiti Organizzativi
1.1.4.4. Requisiti Strutturali e Tecnologici dell'Area di Sorveglianza

1.1.5. UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA (U.T.I.C.)

1.1.5.1. Requisiti Strutturali
1.1.5.2. Requisiti Tecnologici
1.1.5. 3. Requisiti Organizzativi

1.1.6. SERVIZIO DI EMODINAMICA
1.1.6.1. Requisiti Strutturali
1.1.6.2. Requisiti Tecnologici
1.1.6.3. Requisiti Organizzativi

1.1.7. UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (U.T.I.N.)
1.1.7.1. Requisiti Strutturali
1.1.7.2. Requisiti tecnologici
1.1.7.3. Requisiti organizzativi

1.1.8. UNITÀ DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE (U.T.N.)

1.1.8.1. UNITÀ DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE di II LIVELLO - UTN-II
1.1.8.1.1. Requisiti Strutturali
1.1.8.1.2. Requisiti tecnologici
1.1.8.1.3. Requisiti organizzativi

1.1.8.2 UNITÀ DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE di I LIVELLO - UTN-I

1.1.9. PUNTI DI PRIMO INTERVENTO
1.1.9.1. Requisiti Strutturali
1.1.9.2. Requisiti Tecnologici
1.1.9.3. Requisiti Organizzativi

1.1.10. TRASPORTO INFERMI
1.1.10.1. Autoambulanza di trasporto
1.1.10.2. Autoambulanza di soccorso di base
1.1.10.3. Autoambulanza di soccorso avanzato, di soccorso avanzato di base ed eliambulanza
1.1.10.4. Mezzo di soccorso avanzato su autovettura
1.1.10.5. Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (S.T.E.N.)

1.2. AREA DI DEGENZA PER I RICOVERI A CICLO CONTINUATIVO.
1.2.1. Requisiti Strutturali
1.2.2. Requisiti Impiantistici Tecnologici
1.2.3. Requisiti Organizzativi
1.2.4. Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (S.P.D.C.)

1.2a EMERGENZA PSICHIATRICA IN ETA' EVOLUTIVA
1.2a.1. Requisiti Strutturali
1.2a.2. Requisiti Tecnologici
1.2a.3. Requisiti Organizzativi

1.3. AREA DI DEGENZA PER RICOVERI A CICLO DIURNO (DAY HOSPITAL)
1.3.1. Requisiti Strutturali
1.3.2. Requisiti Tecnologici
1.3.3. Requisiti Organizzativi

1.3a. DAY HOSPITAL PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
Finalità e Destinatari
1.3a.1. Requisiti Strutturali

1.3a.2. Requisiti Organizzativi

1.4. AREA DI DEGENZA PER RICOVERI A CICLO DIURNO (DAY SURGERY)
1.4.1. Requisiti Strutturali
1.4.2. Requisiti Tecnologici
1.4.3. Requisiti Organizzativi

1.5. REPARTO OPERATORIO
1.5.1 Requisiti Strutturali
1.5.2. Requisiti Tecnologici
1.5.3 Requisiti Organizzativi

1.6. AREA TRAVAGLIO PARTO
1.6.1 Requisiti Strutturali
1.6.2. Requisiti Tecnologici
1.6.3. Requisiti Organizzativi

1.6a. NEONATOLOGIA
1.6a.1. Isola neonatale e Nido
1.6a.1.1. Requisiti strutturali
1.6a.1.2. Requisiti tecnologici
1.6a.1.3. Requisiti organizzativi
1.6a.2. Neonatologia (Patologia neonatale)
1.6a.2.1. Requisiti strutturali
1.6a.2.2. Requisiti tecnologici
1.6a.2.3. Requisiti organizzativi

1.7. MEDICINA NUCLEARE

1.8. ATTIVITA DI RADIOTERAPIA
1.8.1. Requisiti Strutturali
1.8.2. Requisiti Tecnologici
1.8.3. Requisiti Organizzativi

1.9. DIALISI OSPEDALIERA
1.9.1. Centri di Riferimento
1.9.2. Servizi di Nefrologia e Dialisi

1.10. ATTIVITA' TRASFUSIONALI

1.10.1. SERVIZI DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE
1.10.1.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici Specifici
1.10.1.2. Requisiti Organizzativi Specifici

1.10.2. FRIGOEMOTECHE
1.10.2.1 Requisiti Strutturali e Tecnologici
1.10.2.2. Requisiti Organizzativi

1.11. GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO
1.11.1. Requisiti Strutturali e Organizzativi
1.11.2. Requisiti Tecnologici
1.11.3. Locali adibiti a immagazzinamento, preparazione e somministrazione di chemioterapici antiblastici

SERVIZI GENERALI DI SUPPORTO

1.12. SERVIZIO CUCINA
1.12.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici
1.12.2. Requisiti Organizzativi

1.13. SERVIZIO LAVANDERIA
1.13.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici
1.13.2. Requisiti Organizzativi

1.14. SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE
1.14.1. Requisiti Strutturali
1.14.2. Requisiti Tecnologici
1.14.3. Requisiti Organizzativi

1.15. SERVIZIO DI DISINFEZIONE
1.15.1. Requisiti Strutturali
1.15.2. Requisiti Tecnologici
1.15.3. Requisiti Organizzativi

1.16. SERVIZIO MORTUARIO
1.16.1. Requisiti Strutturali
1.16.2. Requisiti Tecnologici

2. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER POST-ACUZIE

2.0. REQUISITI GENERALI
2.0.1. Requisiti Strutturali Generali
2.0.2. Requisiti Tecnologici Generali
2.0.3. Requisiti Organizzativi Generali

2.1. LUNGODEGENZA (COD.60)
2.1.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici
2.1.2. Requisiti Organizzativi

2.2. RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (COD. 56)
2.2.1. Requisiti Strutturali
2.2.2. Requisiti Tecnologici
2.2.3. Requisiti Organizzativi

2.3. DAY HOSPITAL RIABILITATIVO (COD.56)
2.3.1. Requisiti Strutturali Tecnologici e Organizzativi

2.4. ALTE SPECIALITA' RIABILITATIVE

2.4.1 UNITÀ SPINALE UNIPOLARE (COD.28)
2.4.1.1. Requisiti Strutturali
2.4.1.2. Requisiti Tecnologici
2.4.1.3. Requisiti Organizzativi

2.4.2 CENTRO SPINALE
2.4.2.1. Requisiti strutturali

2.4.2.2. Requisiti tecnologici
2.4.2.3. Requisiti Organizzativi
2.4.3. UNITA' DI NEURORIABILITAZIONE AD ALTA INTENSITA' (COD.75)
2.4.3..1. Requisiti Strutturali
2.4.3.2. Requisiti Tecnologici
2.4.3.3. Requisiti Organizzativi
2.4.4 UNITÀ PER LE DISABILITÀ GRAVI IN ETÀ EVOLUTIVA (U.D.G.E.E.)
2.4.4.1. Requisiti Strutturali
2.4.4.2. Requisiti Tecnologici
2.4.4.3. Requisiti Organizzativi

3. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE

3.0. REQUISITI GENERALI
3.0.1. Requisiti Strutturali
3.0.2. Requisiti Impiantistici
3.0.3. Requisiti Tecnologici
3.0.4. Requisiti Organizzativi

3.0a. AMBULATORI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA

3.1. PRESIDI DI LABORATORIO
3.1.1. PRESIDI DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
3.1.1.1. Requisiti Strutturali
3.1.1.2. Requisiti Tecnologici
3.1.1.3. Requisiti Organizzativi
3.1.2. LABORATORI GENERALI DI BASE CON SETTORI SPECIALIZZATI
3.1.2.1. Requisiti Organizzativi
3.1.3. LABORATORIO DI CITOISTOLOGIA
3.1.3.1. Requisiti Strutturali
3.1.3.2. Requisiti Tecnologici
3.1.3.3. Requisiti Organizzativi

3.2. PRESIDI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
3.2.1. Requisiti Strutturali
3.2.2. Requisiti Tecnologici
3.2.3. Requisiti Organizzativi

3.3. PRESIDI DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
3.3.1. Requisiti Strutturali
3.3.2. Requisiti Tecnologici ed impiantistici
3.3.3. Requisiti Organizzativi

3.4 CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE PER PERSONE CON DISABILITA'

3.4.1. Requisiti minimi Strutturali
3.4.2. Requisiti minimi Tecnologici ed Impiantistici
3.4.3. Requisiti minimi Organizzativi

3.5. PRESIDI DI DIALISI
3.5.1. CENTRO DIALISI AMBULATORIALE
3.5.1.1. Requisiti Strutturali
3.5.1.2. Requisiti Tecnologici Impiantistici

3.5.1.3. Requisiti Organizzativi
3.5.2. UNITÀ DI DIALISI DECENTRATE PER ANZIANI (U.D.D.A.)
3.5.2.1 Requisiti strutturali, tecnologici ed impiantistici
3.5.2.2 Requisiti specifici organizzativi
3.5.3. UNITÀ DI DIALISI DECENTRATE (U.D.D.)
3.5.3.1 Requisiti strutturali, tecnologici ed impiantistici
3.5.3.2 Requisiti organizzativi specifici

3.6. CENTRO AMBULATORIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA
3.6.1. Requisiti Strutturali
3.6.2. Requisiti Tecnologici
3.6.3. Requisiti Organizzativi

3.7. CONSULTORIO FAMILIARE
3.7.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici
3.7.2. Requisiti Organizzativi

3.8. CENTRI AMBULATORIALI DI TERAPIA IPERBARICA
3.8.1. Requisiti Strutturali e Impiantistici
3.8.2. Requisiti Tecnologici
3.8.3. Requisiti Organizzativi

3.8a. PRESIDI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE
3.8a.1. Requisiti Strutturali
3.8a.2. Requisiti Tecnologici
3.8a.3. Requisiti Organizzativi

3.9 CENTRO DI SALUTE MENTALE (CSM)
3.9.1. Requisiti Minimi Strutturali e Tecnologici
3.9.2. Requisiti Minimi Organizzativi

3.10 SERVIZIO TUTELA DELLA DISABILITA' IN ETA' ADULTA
3.10.1. Requisiti Minimi strutturali e tecnologici
3.10.2. Requisiti organizzativi

3.11. UNITÀ TUTELA SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE IN ETA' EVOLUTIVA (TSMREE)
3.11.1. Requisiti strutturali e tecnologici
3.11.2. Requisiti organizzativi

3.12. AMBULATORIO PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E OBESITÀ - CON POSSIBILITÀ DI "PASTI ASSISTITI"
3.12.1. Requisiti Strutturali
3.12.2. Requisiti Organizzativi

4. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

4.1. RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (R.S.A.)
4.1.1. R.S.A. IN REGIME DI RESIDENZIALITÀ
4.1.1.1. Requisiti Strutturali
4.1.1.2. Requisiti Tecnologici

4.1.1.3. Requisiti Organizzativi

4.1.1.b. RSA AD ALTA INTENSITA' LIVELLO PRESTAZIONALE "R1"
4.1.1.b.1. Requisiti Strutturali
4.1.1.b.2. Requisiti tecnologici
4.1.1.b.3. Requisiti organizzativi
4.1.2. R.S.A. IN REGIME DI SEMIRESIDENZIALITÀ

4.1.2.1. Requisiti Strutturali

4.1.2.2. Requisiti Tecnologici

4.1.2.3. Requisiti Organizzativi

4.1.3 RESIDENZE PROTETTE (R.P.)

4.1.3.1 RESIDENZE PROTETTE (R.P.) IN REGIME DI RESIDENZIALITA'
4.1.3.1.1 Requisiti Strutturali
4.1.3.1.2 Requisiti tecnologici
4.1.3.1.3 Requisiti Organizzativi

4.1.4. CENTRI SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON DISABILITA'

4.1.4.1. Requisiti strutturali

4.1.4.2. Requisiti tecnologici
4.1.4.3 Requisiti Organizzativi

4.2. PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE A FAVORE DI PERSONE PORTATRICI DI DISABILITÀ FISICHE PSICHICHE E SENSORIALI
4.2.1. PRESIDI DI RIABILITAZIONE IN REGIME RESIDENZIALE
4.2.1.1. Requisiti Strutturali
4.2.1.2. Requisiti Tecnologici ed impiantistici
4.2.1.3. Requisiti Organizzativi
4.2.2. PRESIDI DI RIABILITAZIONE IN REGIME SEMIRESIDENZIALE
4.2.2.1. Requisiti Strutturali
4.2.2.2. Requisiti Tecnologici
4.2.2.3. Requisiti Organizzativi

4.3. STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE
4.3.1 Requisiti Strutturali
4.3.2. Requisiti Impiantistici Tecnologici
4.3.3 Requisiti Organizzativi

4.4. CENTRI DIURNI PSICHIATRICI E DAY HOSPITAL PSICHIATRICI
4.4.1. Requisiti Strutturali del centro diurno
4.4.2. Requisiti Organizzativi del centro diurno
4.4.3. Requisiti Strutturali del Day Hospital Psichiatrico
4.4.4. Requisiti Organizzativi del Day Hospital Psichiatrico

4.5. CENTRI RESIDENZIALI PER CURE PALLIATIVE (HOSPICE)
4.5.1. Requisiti Strutturali
4.5.2. Requisiti Tecnologici

4.5.3. Requisiti Organizzativi

4.6. CASE ALLOGGIO PER PERSONE CON HIV E/O AIDS
4.6.1. Requisiti Strutturali
4.6.2. Requisiti Organizzativi

4.7. STRUTTURE PER LA CURA E RIABILITAZIONE DELLE PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA
4.7.1. STRUTTURE RESIDENZIALI
4.7.2. STRUTTURE SEMI RESIDENZIALI

4.8. OSPEDALE DI COMUNITA'
4.8.1. Requisiti Strutturali Generali
4.8.2. Requisiti Tecnologici Generali
4.8.3. Requisiti Organizzativi Generali

4.9. CENTRO DIURNO TERAPEUTICO (C.D.T. PER L'ETÀ PRE-SCOLARE)
4.9.1. Requisiti strutturali
4.9.2. Requisiti Organizzativi

4.10. CENTRO DIURNO TERAPEUTICO ETA' ADOLESCENZIALE
4.10.1. Requisiti strutturali
4.10.2. Requisiti organizzativi

4.11. STRUTTURE RESIDENZIALI TERAPEUTICO-RIABILITATIVE PER ADOLESCENTI - S.R.T.R.
4.11.1. Requisiti Strutturali
4.11.2. Requisiti Organizzativi

4.12. STRUTTURA RESIDENZIALE PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E OBESITÀ
4.12.1 Requisiti Strutturali
4.12.2 Requisiti Organizzativi

4.13. CENTRO DIURNO PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E OBESITÀ
4.13.1 Requisiti Strutturali
4.13.2 Requisiti Organizzativi

5. STABILIMENTI TERMALI
5.1. Requisiti Strutturali Tecnologici ed Organizzativi
5.2. Requisiti specifici per l'erogazione dei cicli di cura della riabilitazione neuromotoria e della rieducazione motoria del motuleso e della riabilitazione della funzione respiratoria

6. STUDI ODONTOIATRICI, MEDICI E DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

6.1. ASSISTENZA SPECIALISTICA ODONTOIATRICA

6.1.1. STUDIO ODONTOIATRICO

6.1.2. AMBULATORIO ODONTOIATRICO

6.3. CENTRI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

6.4. STUDI DI MEDICINA ESTETICA
6.4.1. Requisiti Strutturali
6.4.2. Requisiti Tecnologici
6.4.3. Requisiti Organizzativi

7. SERVIZI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE

7.0. REQUISITI GENERALI
7.0.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici Generali
7.0.2. Requisiti Organizzativi generali e documentazione relativa

7.1. SERVIZI RIVOLTI A PERSONE PARZIALMENTE, TEMPORANEAMENTE O TOTALMENTE NON AUTOSUFFICIENTI
7.1.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici specifici
7.1.2. Requisiti Organizzativi specifici

7.2. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' COMPLESSA CHE NECESSITANO DI INTERVENTI RIABILITATIVI IN REGIME DOMICILIARE (estensiva e mantenimento)
7.2.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici specifici
7.2.2. Requisiti Organizzativi specifici

7.3. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA HIV E AIDS
7.3.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici
7.3.2. Requisiti Organizzativi

7.4. SERVIZI A FAVORE DI PAZIENTI TERMINALI ONCOLOGICI E NON
7.4.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici
7.4.2. Requisiti Organizzativi

7.5. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISTURBI MENTALI

7.6. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA
7.6.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici
7.6.2. Requisiti Organizzativi

PREMESSA

Nel nostro Paese, l'accreditamento è oggi il momento centrale di un procedimento tecnico–amministrativo complesso, che il decreto legislativo n. 502 del 1992, così come successivamente modificato ed integrato, ha ridefinito nei contenuti, innovando la precedente disciplina, articolandone lo svolgimento in quattro distinte fasi: l'autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie, l'accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali.

La legge regionale n.4 del 3 marzo 2003 ha dettato, attraverso la individuazione di specifici principi, competenze, procedure e tempi di adeguamento, le regole generali del settore, collocando in un unico grande ed organico quadro d'insieme, cronologicamente coerente, le diverse fasi di questo percorso d'eccellenza, del quale le succitate autorizzazioni alla realizzazione ed all'esercizio rappresentano i due fondamentali momenti iniziali.

La summenzionata L.R. n. 4/03 viene a rappresentare dunque, insieme al Piano Sanitario Regionale ed agli atti di autonomia aziendale, un fondamentale strumento di programmazione dell'offerta di servizi, principalmente indirizzato ad assicurare livelli essenziali di assistenza e, nel contempo, a consentire la libera scelta al cittadino rispetto al proprio bisogno sanitario, garantendo uno standard omogeneo di qualità.

L'autorizzazione alla realizzazione, importante novità recepita dalla Regione Lazio con il predetto provvedimento legislativo n. 4/03, è un procedimento con finalità prettamente programmatorie, diretto a valutare la compatibilità del progetto di costruzione di nuove strutture, trasformazione o adattamento di strutture già esistenti, rispetto al fabbisogno complessivo d'assistenza e alla localizzazione territoriale dei presidi, al fine di facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi, tenendo conto anche della libertà d'iniziativa economica.

Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio è subordinato, invece, all'accertamento del possesso dei requisiti minimi per l'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria da parte della struttura interessata al provvedimento, sia essa pubblica o privata, in modo da rappresentare la soglia di sicurezza per l'attività sanitaria o socio-sanitaria, a garanzia del paziente.

Il presente documento, sulla base del combinato disposto del DPR 14 gennaio 1997 e della specifica disciplina successivamente intervenuta a livello nazionale, ha rappresentato l'occasione per una puntuale ed analitica declaratoria di tutte le tipologie assistenziali attualmente operanti sul territorio regionale, a partire da quelle ospedaliere fino a giungere a quelle territoriali.

Dal punto di vista metodologico, si è provveduto ad acquisire ed analizzare, anche in via comparativa, la normativa nazionale e regionale di settore, esistente alla data di adozione del presente provvedimento, nonché specifici documenti ed atti significativi, ancorché non formalizzati, a livello nazionale.

Ci si è, inoltre, avvalsi dell'apporto, delle osservazioni e della documentazione forniti:

1) dall'Agenzia di Sanità Pubblica, quale organo strumentale della Regione in materia sanitaria, che fornisce informazioni e conoscenze scientifiche utili per il governo e la gestione del SSR, attraverso le funzioni di: a) sistema informativo sanitario della Regione Lazio; b) epidemiologia; c) supporto tecnico-scientifico all' Assessorato alla Sanità.
2) da Gruppi di lavoro composti da esperti di settore provenienti dalle aziende sanitarie, per la necessaria condivisione dei contenuti considerata l'estrema rilevanza degli stessi

Sono state altresì prese in considerazione le osservazioni rappresentate dalle Associazioni di categoria.

Il documento, così come previsto dall'art. 4, comma 1 e 2, della L.R. n. 4/03, fissa i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici per le seguenti tipologie di strutture sanitarie e socio–sanitarie:

- strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative;
- strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuzie e/o post acuzie;
- strutture che erogano prestazioni in regime residenziale e semi residenziale;
- gli stabilimenti termali;
- gli studi odontoiatrici medici e di altre professioni sanitarie che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale o svolgono procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o comportanti un rischio per la sicurezza del paziente nonché strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche;

nonché per l'esercizio dell'attività di assistenza domiciliare.

Ad integrazione dell'elenco di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997, si è provveduto altresì a fissare i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici per ulteriori strutture sanitarie e socio – sanitarie, disciplinate da normative intervenute successivamente a predetto decreto ovvero non disciplinate da normativa nazionale e regionale nonché per servizi non compresi tra le tipologie previste dai L.E.A. e servizi non disciplinati da normativa nazionale e/o regionale né ricompresi all'interno dei L.E.A., così come di seguito riportate:

- Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva;
- Day Hospital per i Disturbi Del Comportamento Alimentare;
- Neonatologia;
- Lungodegenza (cod. 60);
- Recupero e Rieducazione funzionale (cod. 56);
- Day Hospital riabilitativo (cod. 56);
- Unità spinale unipolare (cod. 28);
- Centro Spinale;

- Unità di Neuroriabilitazione ad alta intensità (cod. 75);
- Servizio Tutela della Disabilità in Età Adulta;
- Unità Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE);
- Ambulatorio per Disturbi del comportamento Alimentare e Obesità – Con possibilità di "Pasti assistiti";
- RSA ad alta intensità prestazionale "R1";
- Hospice;
- Centro Diurno Terapeutico (CDT per l'età prescolare);
- Centro Diurno Terapeutico età adolescenziale;
- Strutture Residenziali Terapeutico-riabilitative per adolescenti – SRTR;
- Struttura Residenziale per il Trattamento per i Disturbi del Comportamento Alimentare e Obesità;
- Centro Diurno per il Trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare e Obesità;;
- Servizi trasfusionali;
- Servizi per tossicodipendenti;
- Assistenza domiciliare;
- Medicina estetica;
- Ospedale di Comunità;
- Studi e ambulatori odontoiatrici.

Il testo, si articola in una prima parte introduttiva contenente i requisiti di carattere generale comuni a tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie trattate nel volume, alla quale fa seguito la trattazione delle singole tipologie suddivise per aree assistenziali di riferimento: ospedaliera (a sua volta suddivisa in acuzie e post acuzie), ambulatoriale, residenziale e domiciliare, alle quali vanno ad aggiungersi gli stabilimenti termali e gli studi odontoiatrici, medici e delle altre professioni sanitarie di cui all'art. 4, comma 1, della L.R. n. 4/03.

Premesso quanto fin qui illustrato, è auspicio di questa Regione che il presente documento possa rappresentare non solo il tentativo di organica sistemazione della variegata e multiforme offerta regionale in relazione agli effettivi bisogni assistenziali manifestati dai cittadini, ma diventi un agile e rigoroso strumento di lavoro per gli operatori del settore ed un indispensabile punto di riferimento per chiunque cerchi di orientarsi all'interno della complessa realtà sanitaria.

REQUISITI DI CARATTERE GENERALE PER TUTTE LE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE

0.1 REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

Tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie, in relazione alla loro specifica tipologia/attività, devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- protezione antisismica (per le strutture autonome);
- protezione antincendio;
- protezione acustica;
- sicurezza e continuità elettrica;
- sicurezza antinfortunistica;
- igiene nei luoghi di lavoro;
- protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- smaltimento dei rifiuti;
- condizioni microclimatiche;
- impianti di distribuzione dei gas;
- materiali esplodenti;
- depurazione delle acque
- acque destinate al consumo umano.

Tutte le strutture devono inoltre essere conformi ai seguenti requisiti:

- per le nuove costruzioni l'area prescelta, ed in particolare quella destinata a parcheggio, deve rispettare le norme urbanistiche e la compatibilità ambientale, e tenere conto delle caratteristiche meteorologiche e climatiche; l'area prescelta deve trovarsi in zona salubre, esente da inquinamento atmosferico e da rumore e da ogni altra causa di malsanità ambientale. L'area della struttura deve disporre di un sistema di comunicazioni in relazione alla viabilità ed alla rete dei trasporti pubblici idonea al flusso degli utenti, del personale, dei fornitori e di tutti coloro che hanno un interesse nella struttura;
- la struttura deve disporre di sistemi di segnalazione degli ingressi, dei parcheggi e dei percorsi di accesso ai settori funzionali;

- lo sviluppo in altezza ed i distacchi dei fabbricati devono essere conformi alle norme stabilite dagli strumenti urbanistici e dai regolamenti locali;
- l'altezza minima netta utile dei piani non deve essere inferiore a metri 2,70; altezze inferiori, in conformità ai regolamenti edilizi comunali, potranno essere ammesse soltanto per ambienti non direttamente funzionali all'attività sanitaria (corridoi, locali adibiti a servizi igienici, depositi, archivi ecc.);
- in relazione alle specificità delle attività esercitate, i locali devono essere in possesso di pareti resistenti al lavaggio ed alla disinfezione, di infissi idonei al lavaggio e alla disinfezione, di pavimentazioni resistenti agli agenti chimici e fisici;
- gli impianti tecnologici devono essere sottoposti a manutenzione ordinaria e straordinaria secondo le indicazioni dei costruttori, delle norme di buona tecnica e di legge. L'effettuazione degli interventi e le indicazioni che ne derivano dovranno essere riportate su appositi documenti;

Per le strutture esistenti, l'adeguamento ai requisiti strutturali di cui al presente documento costituisce presupposto per la richiesta di deroga alla normativa di carattere urbanistico edilizio di livello comunale.

0.2. REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

Il presente documento, ai sensi del D.P.R. 14 gennaio 1997, indica i requisiti minimi relativi ai seguenti aspetti organizzativi:

- politica, obiettivi ed attività;
- struttura organizzativa;
- gestione delle risorse umane;
- gestione delle risorse tecnologiche;
- gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni.

Politica, obiettivi ed attività

La Direzione aziendale provvede alla definizione delle politiche complessive dell'azienda ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi che per la qualità delle prestazioni e dei servizi che intende erogare. La Direzione deve esplicitare ai presidi, alle unità operative ed alle altre, articolazioni organizzative, il ruolo, gli obiettivi e le funzioni assegnate agli stessi.

E' adottato un documento in cui sono esplicitati:

- la missione e cioè la ragion d'essere dell'organizzazione ed i valori cui si ispira,
- le politiche complessive, e cioè l'indirizzo dato dalla Direzione Generale, che consiste nel definire i campi prioritari di azione e quali metodi adottare per raggiungere gli obiettivi;
- le politiche e le strategie per il miglioramento continuo della qualità;
- gli obiettivi, che devono:
  a) essere articolati nel tempo;
  b) risultare congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati;
  c) contenere criteri ed indicatori di valutazione;
  d) essere finalizzati alla risoluzione dei problemi di salute della popolazione;
- l'organizzazione interna con particolare riferimento a:
  a) l'organigramma con il quale vengono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo e definite le foro funzioni nonché esplicitati i livelli gerarchici;
  b) i livelli di responsabilità;
  c) le modalità di erogazione dei servizio;
  d) le prestazioni e/o le attività erogate;

e) funzionigramma di tutti gli operatori.

La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro che comprende:

- la tipologia ed il volume di attività previste;
- il piano organizzativo;
- la pianificazione degli obiettivi annuali;
- il piano annuale di sviluppo della qualità.

La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari, costi.

Struttura organizzativa

La Direzione, secondo i criteri del miglioramento continuo della qualità, definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche per:

- le attività ambulatoriali;
- le attività di ricovero a ciclo continuativo e diurno (acuti e post-acuti);
- le attività residenziali, continuative e diurne;
- le attività domiciliari.

La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).

Gestione delle risorse umane

La Direzione definisce il fabbisogno di personale, sentiti i Servizi/Dipartimenti delle professioni sanitarie:

- in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale;
- per posizione funzionale;
- per qualifica;
- in rapporto ai volumi, alle tipologie ed alla complessità assistenziale delle attività, secondo criteri specificati dalle normativa regionali.

Il fabbisogno di personale deve essere opportunamente rivalutato, secondo le esigenze aziendali, in caso di trasformazioni che comportino significative variazioni di attività svolte ovvero istituzione di nuovi servizi.

E' indispensabile che tutti i ruoli e le posizioni funzionali siano ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente.

Deve essere predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile.

Devono essere normalizzate le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

Gestione delle risorse tecnologiche

Si devono prevedere specifiche procedure di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici che devono tenere conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche, della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

La Direzione adotta un inventario delle apparecchiature in dotazione.

Deve esistere un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche; tale piano deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi.

La direzione deve provvedere affinché in ogni presidio sia garantito l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche.

Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni

La Direzione è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione e il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, secondo le indicazioni contenute in questo stesso documento o nella normativa già emanata a livello nazionale o locale.

In tutti i presidi devono essere attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività. I programmi vengono selezionati in rapporto alle priorità individuate.

In ogni azienda deve esistere una struttura organizzativa (o un responsabile in relazione alla complessità della stessa) che presiede alle attività di valutazione degli esiti di miglioramento della qualità.

Deve, altresì, essere attivato un programma per la gestione del rischio clinico, che garantisca anche il monitoraggio degli eventi avversi.

Annualmente ogni struttura organizzativa effettua al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale.

Tale attività sarà utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (R.M.N., T.A.C., Angioplastiche, etc.).

I laboratori di analisi, i servizi di anatomia – istologia - citologia patologica e i centri trasfusionali devono prevedere attività di controllo di qualità interne ed esterne e partecipare a programmi di miglioramento della qualità.

In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle linee guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Inoltre devono essere predisposte con gli operatori, linee guida, regolamenti interni che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità.

Ogni struttura organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni, linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo). Il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che sono facilmente accessibili e che vanno confermati o aggiornati almeno ogni tre anni.

Devono esistere evidenze almeno annuali di verifica della corrispondenza tra processi e procedure.

Devono, inoltre, essere predisposti documenti simili per lo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo, in particolare:

- criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione);
- modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento;
- modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori;
- pulizia e sanificazione degli ambienti;
- modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti, comprovanti un'attività sanitaria.

Tutte le strutture devono prevedere regolamenti interni e linee guida, per lo svolgimento delle procedure tecniche, facilmente accessibili e a conoscenza degli operatori e devono verificare la corrispondenza tra processi e procedure.

Deve essere assicurato il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati personali.

Devono essere rispettate tutte le normative riguardanti il consenso informato del paziente.

Devono, altresì, essere rispettate tutte le normative vigenti in materia di protezione sanitaria della popolazione, dei lavoratori e delle persone soggette ad esposizioni mediche contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti.

E' disponibile un piano di formazione ed aggiornamento del personale.

Direzione di Struttura

Ogni struttura sanitaria deve avere un direttore/responsabile sanitario, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente in relazione alla specifica tipologia assistenziale. Detta funzione, limitatamente alle strutture ospedaliere e residenziali, è incompatibile con la qualità di proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la struttura sanitaria.

Funzioni

Il direttore/responsabile sanitario svolge funzioni:

di indirizzo e coordinamento, comprendenti tra l'altro:

- direzione e coordinamento dei servizi sanitari ai fini igienico–organizzativi (tutela e sorveglianza dell'igiene ambientale e dei servizi alberghieri e di ristorazione collettiva raccolta, trasporto, stoccaggio e smaltimento dei rifiuti ospedalieri attività di pulizia, disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione, definizione delle strategie e dei protocolli di lotta alle infezioni ospedaliere ed occupazionali);
- organizzazione (impiego, destinazione, turni e congedi) del personale in rapporto alle esigenze dei servizi ed in base ai criteri fissati dall'Amministrazione;
- cura dell'applicazione del documento sull'organizzazione e sul funzionamento della struttura;
- promozione dell'introduzione e dell'utilizzo nell'organizzazione degli strumenti e delle metodologie necessarie alla verifica ed alla revisione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- promozione dell'introduzione e dell'utilizzo nelle organizzazione degli strumenti e delle metodologie necessarie per la gestione del rischio clinico;
- promozione, per quanto di competenza, delle iniziative per la formazione e l'aggiornamento del personale.

operative di supporto e attività di vigilanza, comprendenti tra l'altro:

- vigilanza e cura della tenuta dell'archivio sanitario (cartelle cliniche, schede cliniche ambulatoriali) e della relativa conservazione (in caso di cessazione dell'attività della struttura, la documentazione sanitaria deve essere consegnata al servizio di medicina legale dell'Azienda Sanitaria U.S.L. competente per territorio);

- rilascia agli aventi diritto copia delle cartelle cliniche e degli altri documenti previsti dalla normativa vigente;
- raccolta ed elaborazione dei dati statistici, anche finalizzati al miglioramento continuo della qualità complessiva delle prestazioni e del rapporto con l'utenza;
- vigila sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari ed esprime parere obbligatorio sulla raccolta, elaborazione e trasmissione dei dati;
- controlla la regolare tenuta e l'aggiornamento di apposito registro contenente i dati anagrafici e gli estremi dei titoli professionali del personale addetto all'attività sanitaria;
- la responsabilità della pubblicità sanitaria;
- vigilanza sul rispetto della normativa in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro;
- vigilanza sulla normativa in materia di protezione sanitaria, dei pazienti, della popolazione, dei lavoratori e delle persone soggette ad esposizioni mediche contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- vigilanza sul rispetto delle norme in materia di sperimentazione clinica e partecipa alle attività delle commissioni e dei comitati etici a tal fine istituiti;
- vigilanza sull'approvvigionamento di quanto necessario per il funzionamento dei servizi e l'attività assistenziale rivolta all'utenza;
- trasmissione all'autorità competente delle denunce prescritte dalle disposizioni di legge;
- l'utilizzo dei locali;
- vigilanza e tenuta della documentazione relativa alle liste di attesa per i ricoveri e le prestazioni ambulatoriale;

istruttorie, comprendenti tra l'altro:

- proposta sulle modificazioni edilizie della struttura e sull'acquisto di apparecchiature, attrezzature ed arredi sanitari.

In caso di strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero ovvero in regime residenziale e semiresidenziale, il direttore/responsabile sanitario cura l'osservanza delle disposizioni concernenti la polizia mortuaria. Ed inoltre, in assenza di un servizio farmaceutico autonomo:

- vigila sulla gestione del servizio farmaceutico e sulla scorta di magazzino dei medicinali e dei prodotti terapeutici;
- controlla la regolare tenuta del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti o psicotrope, in conformità con quanto disposto dalla normativa vigente;
- ha la responsabilità della farmacovigilanza.

0.3 SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito con gli obiettivi di:

- sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e della azienda;
- migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni;
- valutare il raggiungimento degli obiettivi, in riferimento agli obiettivi di salute;
- monitorare gli eventi avversi;
- fornire il ritorno informativo alle strutture organizzativi, necessario per le valutazioni di loro competenza;
- rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovra-ordinati.

La Direzione assicura:

- l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione;
- la struttura dei sistema informativo;
- le modalità di raccolta;
- la diffusione ed utilizzo delle informazioni;
- la valutazione della qualità dei dati;
- l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, sezioni, uffici, etc..

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

Tutte le strutture, ai sensi del D.P.R. 318/99, devono prevedere un sistema di modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti l'attività sanitaria svolta, nonché di rilascio delle copie di detta documentazione agli utenti.

Il programma applicativo di informatizzazione dei Pronto Soccorso (G.I.P.S.E.) per la elaborazione dei rapporti di pronto soccorso(R.P.S.) è comune ed è esteso a tutti i presidi della Regione.

1. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO PER ACUZIE

Classificazione

Le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno, per acuzie e/o post-acuzie sono le seguenti:

- aziende ospedaliere di rilievo nazionale e di alta specializzazione;
- aziende ospedaliere regionali;
- presidi ospedalieri della U.S.L.;
- policlinici universitari;
- istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;
- ospedali militari;
- ospedali classificati;
- case di cura.

1.0. REQUISITI DI CARATTERE GENERALE

1.0.1 Requisiti Strutturali e Tecnologici

Le strutture che svolgono attività di assistenza in regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno devono disporre almeno dei seguenti servizi e locali:
- servizio di accettazione;
- area di degenza a ciclo continuativo e diurno per una capacità ricettiva minima di 30 posti letto ed unità funzionali di degenza con un minimo di 10 posti letto;
- locali di soggiorno ed attesa;
- locali per la direzione sanitaria e amministrativa;
- servizi per il pubblico ed i ricoverati;
- servizio di diagnostica per immagini;
- servizio di laboratorio di analisi chimico cliniche;
- servizio di emoteca;
- servizi per l'assistenza religiosa e relativi locali;
- servizio farmaceutico, ovvero un armadio farmaceutico in relazione alla capacità della struttura;
- reparto operatorio ove richiesto dalla tipologia;
- blocco parto e nursery ove richiesto dalla tipologia;
- locale per il medico di guardia e, se del caso, per l'ostetrica di guardia;
- servizio di anestesia–rianimazione, ove nella struttura si esplichi attività chirurgica e/o indagini di diagnostica e terapia per immagini;
- servizio di sterilizzazione, anche in convenzione;
- servizi di lavanderia, cucina e dispensa, guardaroba, disinfezione e disinfestazione, anche in convenzione;
- servizio mortuario;
- servizi per il personale;
- locali/spazi attrezzati per le centrali tecnologiche: termica, idrica, elettrica, telefonica, frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali, antincendio, ricerca persone, trattamento rifiuti, ecc..

1.0.2. Requisiti Organizzativi

Le strutture che svolgono attività di assistenza in regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno, oltre a quanto indicato al precedente punto 0.2., devono possedere i seguenti requisiti:

- devono disporre di un Direttore Sanitario, in possesso della specializzazione in igiene e medicina preventiva ed almeno 5 anni di esperienza nel settore;
- per le strutture facenti capo ad un'unica istituzione di gestione, a strutture consorziate ovvero a presidi raggruppati in poli ospedalieri, fino ad un numero complessivo di 250 posti letto, tale requisito può esser soddisfatto con la nomina di un unico Direttore Sanitario coadiuvato da un vice direttore per ogni struttura;
- in tutte le strutture, il Direttore Sanitario deve essere presente, a tempo pieno, per almeno 36 ore/settimana;

- nelle strutture con più di 120 posti letto, il Direttore Sanitario deve essere a tempo pieno;
- devono disporre di medici specialisti per ciascuna specialità autorizzata in numero congruo rispetto alle prestazioni erogate;
- devono garantire la reperibilità nelle 24 ore per le Aree di specialità medica chirurgica presenti nella struttura;
- devono garantire un Servizio di guardia che assicuri l'assistenza medica H24 e ostetrica in caso sia presente un reparto di ostetricia;
- i contratti e le convenzioni attivati con soggetti esterni pubblici accreditati ovvero privati accreditati devono essere adeguatamente motivati per quel che concerne gli aspetti finanziari e finalizzati al superamento di specifiche situazioni di necessità dovute all'evidenziata impossibilità di raggiungere gli obiettivi aziendali con risorse interne, ed inoltre espressamente indicare:
  - il tipo di rapporto
  - la durata del rapporto stesso
  - il numero delle ore di lavoro previste
  - la natura dell'attività
  - le attribuzioni e funzioni limitatamente ai sanitari per quanto concerne le attività di assistenza, diagnosi e cura;

- devono disporre di un/una infermiere/a dirigente per ogni raggruppamento di specialità affini nonché di servizi per le professioni sanitarie, ai sensi della vigente disciplina di settore;
- il personale addetto all'assistenza (es. operatori socio – sanitari (O.S.S.), etc.) deve essere sempre affiancato da personale infermieristico, e terapisti in strutture di riabilitazione deve essere garantita la continuità assistenziale per l' attività ostetrica e pediatrica nelle varie forme (guardia attiva e reperibilità), ove previste;
- le unità di personale devono essere determinate in funzione dell'intensità e complessità dell'assistenza da garantirsi secondo specifici rapporti operatore/paziente ed infermiere/figure di supporto. Almeno il 70% dell'impegno assistenziale deve essere assicurato da personale infermieristico professionale concorrono ad assicurare detto impegno anche terapisti della riabilitazione;
- l'intero organico del personale di assistenza rimane a disposizione del responsabile dell'Unità Operativa che ha il compito e la responsabilità di stabilire l'attività assistenziale giornaliera tenendo conto delle necessità, articolando opportunamente i turni di lavoro;
- per ogni ricoverato deve essere compilata la cartella clinica, firmata dal medico curante e sottoscritta dal medico responsabile dell'articolazione organizzativa. La cartella clinica deve avere un numero progressivo ed essere conservata a cura della Direzione Sanitaria;
- devono esistere appositi registri per l'accettazione, il pronto soccorso, la sala operatoria e la sala parto;
- fatta salva la legislazione vigente in materia di segreto professionale, la cartella clinica ed i registri devono essere esibiti a richiesta agli organi formalmente incaricati della vigilanza. In caso di cessazione dell'attività della struttura, la documentazione sanitaria viene depositata presso il servizio medico-legale della A.U.S.L. territorialmente competente;
- esiste una procedura per l'acquisizione del consenso informato.

1.1. SISTEMA EMERGENZA

Il Sistema dell'Emergenza Sanitarie (S.E.S.) è costituito da una fase di allarme, gestita dalle Centrali Operative del 118 e da due fasi di risposta, quella territoriale, gestita dal Sistema di Soccorso 118, e quella ospedaliera costituita dalla rete di servizi di emergenza che sono distinti, per il livello di cura erogata, in Pronto Soccorso Ospedaliero (P.S.O.), Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA.) di I livello e DEA. di II livello.

Le strutture deputate all'emergenza–urgenza devono essere articolate secondo le seguenti tipologie che riflettono i diversi livelli di complessità assistenziale.

- Pronto Soccorso Ospedaliero.
- Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso (PS) in Dipartimento Emergenza Accettazione di I livello (DEA I livello).
- Medicina d'urgenza e P.S. in Dipartimento Emergenza Accettazione di II livello (DEA II livello).

Concorrono, inoltre, alla rete dell'emergenza i Punti di Primo Intervento.

L'ospedale per essere sede di Pronto Soccorso, deve rispondere ai seguenti requisiti:

- interventi diagnostico – terapeutici di urgenza, compatibili con le specialità di cui è dotato
- primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio
- interventi intesi a stabilizzare le condizioni del paziente critico, garantendo, se necessario, il trasporto protetto verso il Dipartimento di Emergenza di afferenza.

Gli ospedali sede di DEA di I livello devono essere dotati di unità operative delle seguenti

specialità:

- medicina generale;
- chirurgia generale;
- ostetricia e ginecologia
- cardiologia con U.T.I.C.
- ortopedia e traumatologia;
- centro di rianimazione;
- terapia intensiva polivalente.

Gli ospedali sede di DEA. di II livello, oltre alle unità operative previste per i DEA. di I livello, presentano obbligatoriamente le seguenti unità specialistiche:

- oculistica;
- pediatria;
- otorinolaringoiatria;
- urologia;
- nefrologia ed emodialisi;
- psichiatria;
- neonatologia e terapia intensiva neonatale;
- cardiochirurgia e/o neurochirurgia e/o chirurgia vascolare e/o chirurgia toracica;
- diagnostica di alta ed altissima specializzazione: neuroradiologia e/o radiologia vascolare (TAC e/o RMN);
- riabilitazione intensiva del malato post-acuzie con opportuna e idonea struttura di ricovero in misura non inferiore al 5% dei posti letto di degenza;
- unità di trattamento neurovascolare o stroke unit.

Per le nuove costruzioni, è opportuno collocare il centro di rianimazione della struttura ospedaliera nelle adiacenze del DEA. di II livello.

Aspetti organizzativi: il dipartimento

Il Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA) rappresenta un modello organizzativo multidisciplinare, con il compito di affrontare H24 i problemi diagnostici e terapeutici dei cittadini in situazioni di emergenza-urgenza, erogando prestazioni aventi caratteristiche di tempestività e completezza. Il DEA costituisce, peraltro, la struttura organizzativa di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse attraverso la gestione integrata delle risorse.

Il DEA ,configurato come "Dipartimento a funzione" all'interno del Presidio Ospedaliero di AUSL e, di norma, come "dipartimento a funzione" nelle aziende ospedaliere, è articolato ovvero si avvale di una serie di Unità Operative che partecipano all'attività assistenziale con diversi gradi di integrazione:

- U.O.C. interamente integrate: P.S.-Medicina d'Urgenza e i reparti sub intensivi;
- U.O.C. parzialmente integrate: svolgono attività programmate e in urgenza (Chirurgia, Ortopedia-Traumatologia, Gastroenterologia, Diagnostica per immagini e di laboratorio, Medicina, Cardiologia, Broncopneumologia, Ematologia, ecc.).

All'interno del presidio ospedaliero, il DEA, oltre ai compiti assistenziali, svolge le seguenti funzioni:

- individua gli obiettivi programmatici;
- elabora e utilizza i percorsi clinico-decisionali verificandone il grado di condivisione e gli effetti sulla efficacia e la qualità delle prestazioni;
- individua e promuove iniziative ed elabora nuovi modelli organizzativi;
- promuove attività e modelli organizzativi finalizzati ad integrare l'attività in regime di continuità assistenziale con il territorio della ASL (ambulatorio dei codici bianchi, dimissioni protette, collegamenti operativi con la medicina di base e con i servizi distrettuali, ecc.).

Il ricovero di pazienti psichiatrici all'interno dei DEA di II livello deve essere contiguo all'Area di Pronto Soccorso, per limitare il rischio di allontanamento dei soggetti in stato patologico acuto.

Al DEA è preposto un direttore di dipartimento, nominato dal direttore generale secondo le modalità previste dalla vigente normativa, con il compito, tra l'latro, di fornire direttive ed indicazioni in ordine all'assetto organizzativo della struttura stessa.

Dal punto di vista metodologico, l'attività del DEA si caratterizza per il coordinamento tra le diverse professionalità afferenti, al fine di assicurare la necessaria interdisciplinarietà operativa, così come di seguito riportato:

- Medici in servizio attivo che costituiscono il team fisso del Pronto Soccorso: assicurano la presenza continua nell'area e rispondono, dal punto di vista funzionale e gerarchico, al direttore della U.O.C. di P.S.-Medicina d'Urgenza.
- Medici"*dedicati*" all'area dell'emergenza: trattasi di medici appartenenti ad altre Unità Operative, chiamati a garantire gli interventi specialistici connessi alle esigenze del Pronto Soccorso e, per tali attività, rispondono funzionalmente al responsabile dell'Unità Operativa stessa di Pronto Soccorso.
- Medici che operano in regime di consulenza: appartenenti ad Unità Operative diverse da quelle afferenti al Pronto Soccorso, dal direttore delle quali dipendono funzionalmente e gerarchicamente. Detti medici consulenti sono tenuti al rispetto del regolamento funzionale del DEA e delle procedure condivise.

1.1.1. PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO

Finalità

Il Pronto Soccorso Ospedaliero (P.S.O.) deve essere in grado di garantire il primo accertamento diagnostico–terapeutico di urgenza, stabilizzare le condizioni del paziente critico e, se necessario, garantire il trasporto presso la struttura ospedaliera d'emergenza con livello di cure più adeguato.

1.1.1.1. Requisiti strutturali

I locali del P.S.O. devono essere situati all'ingresso del presidio, essere facilmente individuabili con opportuna segnaletica e accessibili ai pazienti deambulanti ed ai mezzi di soccorso, inoltre l'accesso dei locali deve avvenire attraverso un percorso preferenziale.

Il P.S.O. deve disporre di collegamenti informativi (rete telefonica e telematica dedicata) con la Centrale Operativa *"118"* e con i DEA di livello superiore.

Il P.S.O. dispone della seguente dotazione di ambienti:

- Camera calda (area coperta e riscaldata di accesso diretto per mezzi e pedoni);
- Spazio per il "*Triage*" e registrazione;
- Locale di attesa con telefono;
- Locale per la gestione dell'emergenza;
- Sala di osservazione temporanea per la rivalutazione critica del paziente in P.S. attrezzata con letti tecnici, in ragione di almeno 1 ogni 7000 accessi o frazioni, con almeno 1 letto monitorizzato (il numero dei letti monitorizzati deve comunque essere pari ad almeno il 30% dei letti tecnici);
- Sala prima visita/trattamento;
- Sala gessi;
- Locale per gli infermieri;
- Locale per il medico di guardia;
- Deposito pulito;
- Deposito sporco con vuotatoio;
- Deposito barelle e sedie a rotelle;
- Servizi igienici per gli utenti, di cui almeno uno idoneo all'eccesso per disabili;
- Spazi di sosta e studio per il personale medico e infermieristico;
- Area di decontaminazione, dotata di docce, situata all'esterno del Pronto Soccorso.

1.1.1.2 Requisiti impiantistici

Nel P.S.O., oltre a quanto previsto dalla normativa vigente relativamente a impianti e tecnologie ed in merito alla sicurezza di pazienti e operatori, devono essere garantiti:

- Impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa;
- Impianto di illuminazione di emergenza;
- Impianto di gas medicali: prese vuoti e ossigeno.

I locali destinati alla gestione dell'emergenza chirurgica devono disporre di un impianto di condizionamento dell'aria analogo a quello previsto per gli ambulatori chirurgici.

Risorse tecnologiche e strumentali

Il P.S.O. dispone della seguente dotazione strumentale:

- Monitor multiparametrico per il controllo della F.C.-P.A.-E.C.G.-Saturimetria n. 1;
- Elettrocardiografo portatile n 2;
- Defibrillatore semiautomatico con stimolatore cardiaco esterno;
- Attrezzature per rianimazione cardiopolmonare (maschere facciali di tutte le misure, pallone autoespansibile, circuito ventilatorio unidirezionale, laringoscopio e lame curve e rette per intubazione tracheale, mandrini per armare in tubi orotracheali, sistemi per mini – tracheotomia d'urgenza, maschere laringee di tutte le misure, cannule di Guedel di tutte le misure, catheter mounth, tubi tracheali di tutte le misure, set per incannulazione vena centrale, erogazione O_2, set per drenaggio toracico, valvole di Heimlich);
- Aspiratore;
- Set chirurgico di base (n. 2);
- Set per sutura e medicazioni (n. 4);
- Set per immobilizzazione colonna ed arti (n. 3);
- Sfigmomanometro (n. 2);
- Lampada scialitica;
- Set per gastrolusi;
- Set per rachicentesi;
- Set per tamponamento nasale;
- Set per trasfusioni;
- Pompe per infusione.

Il P.S.O. dispone di una dotazione, adeguata anche in termini quantitativi, di farmaci relativi a: rianimazione cardiorespiratoria, arresto cardiaco, ustioni, gravi emorragie, intossicazioni e materiale per infusioni.

1.1.1.3. Requisiti Organizzativi

Il Direttore-Responsabile è un dirigente medico in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa per lo svolgimento delle funzioni apicali di area medica.

Devono essere presenti:

- Un medico H24 preferibilmente in possesso di idoneità in corsi di formazione di A.L.S./A.C.L.S./A.T.L.S..
- Un infermiere coordinatore.
- Tre infermieri H24 preferibilmente in possesso di idoneità in corsi di formazione B.L.S./B.L.S.D..
- Un infermiere addetto al Triage H12.
- O.S.S. in numero proporzionale al volume di attività.

Il P.S.O. che assicura l'assistenza di emergenza-urgenza per H24 è affiancato da figure professionali che operano in regime di consulenza:

- Un anestesista rianimatore.
- Un cardiologo.
- Un chirurgo.
- Un ortopedico traumatologo.
- Un radiologo.
- Un patologo clinico.
- Un medico internista.
- Un tecnico di Laboratorio.
- Un tecnico di Radiologia.

I medici sono addestrati alla rianimazione cardiorespiratoria ed alla assistenza in urgenza chirurgo – traumatologica, coadiuvati dagli specialisti.

Per un numero di accessi superiore a 25000 unità, il numero dei medici presenti deve essere pari a quelli previsti per il DEA di I livello.

1.1.2. MEDICINA D'URGENZA E P.S. IN DEA DI I LIVELLO

La U.O.C è comprensiva del P.S. e Medicina d'Urgenza. Una sezione di Osservazione temporanea è prevista per un numero di accessi superiore a 40.000/anno.

Finalità

La finalità della struttura di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso è di garantire la integrazione funzionale di servizi ospedalieri che si occupano della gestione di pazienti critici che arrivano in regime di emergenza-urgenza.

La struttura è allocata nel Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) e possiede requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi corrispondenti al livello di cure erogato e al volume di attività assistenziale.

La struttura di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso è costituita dall'area di PS e dall'area di degenza nella quale sono presenti posti letto di terapia sub-intensiva (T.S.I.) in misura non inferiore al 20% dei P.L. totali.

1.1.2.1. Requisiti Strutturali

Area Pronto Soccorso e Osservazione Temporanea

L'area di Pronto Soccorso ed Osservazione Temporanea, oltre alla dotazione di ambienti descritti nel PSO, di cui al punto 1.1.1.1., deve disporre di:

- Locale per esami radiografici d'urgenza;
- Locale per esami endoscopici d'urgenza;
- Locale per posto di polizia;
- Spazi di attesa, singoli o aggregati, antistanti i locali degli esami strumentali.
- Area sosta salme.

Area Degenza

E' costituita da 10/20 posti letto regolari e da posti letto monitorizzati dotati di sistemi di allarme acustico in numero non inferiore al 20% del totale.

La medicina d'urgenza dispone della dotazione di ambienti di cui al punto 1.2..

1.1.2.2. Requisiti Impiantistici

L'impianto di condizionamento deve assicurare i seguenti parametri:
- una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24 °C
- una umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60%
- un ricambio aria (aria esterna senza ricircolo) di 6 vol/h

Devono essere garantite, inoltre, le condizioni previste dalla normativa vigente relativamente a impianti e tecnologie e in merito alla sicurezza di pazienti e operatori nonché i requisiti previsti dal Pronto Soccorso Ospedaliero.

Risorse Tecnologiche e Strumentali

Pronto Soccorso

- Monitor multiparametrico per il controllo della F.C.-P.A.-E.C.G.-Saturimetria: n 3
- Defibrilatori semiautomatici di cui 1 dotato di stimolatore esterno: n 2
- Elettrocardiografo con monitor e stampante: n 3
- Ecografo multifunzione: n 1
- Lampada scialitica: n 2
- Respiratore a pressione positiva intermittente: n 1
- Apparecchiature per la ventilazione invasiva
- Set per la confezione degli apparecchi gessati
- n.2 aspiratori elettrici
- n.2 sistemi di aspirazione "a muro" da collegarsi direttamente all'impianto del "vuoto"
- n.1 emogas-analizzatore dotato di sistema di dosaggio degli elettroliti, del glucosio ematico, di emoglobina, di ematocrito e carbossi – emoglobina
- n.1 carrello da rianimazione dotato di set per intubazione e ventilazione manuale, dotazioni per vie aeree difficili (secondo linee guida SIAARTI), set per incanulazione vasi centrali, set per decompressione toracica

Area Degenza

La medicina d'urgenza deve disporre della dotazione strumentale minima di cui al punto 1.2.2..

1.1.2.3. Requisiti Organizzativi

La Medicina d'Urgenza dispone di un organico autonomo di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso (Area Medica).

Il Direttore-Responsabile è un dirigente medico in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa per lo svolgimento delle funzioni apicali di area medica.

Il PS e la Medicina d'Urgenza sono organizzate come U.O.S. aggregate dotate ognuna di un Responsabile individuato dal Direttore della U.O.C.

Pronto Soccorso

Dotazione dei Dirigenti Medici

La dotazione di Dirigenti Medici è di 9 Unità per 25.000 accessi /anno con l'aggiunta di una unità per ogni ulteriore esubero di 4.000 accessi fino al limite di 50.000; con accessi superiori si aggiunge una unità ogni ulteriore esubero di 8.000.

Tale dotazione è parte integrante dell'organico della U.O.C. P.S.-Medicina d'Urgenza e costituisce il contributo che la stessa fornisce per la costituzione del team di PS.

Organigramma:

I dirigenti medici in servizio attivo che compongono il team di Pronto Soccorso sono:

- Un internista in guardia attiva H24.
- Un ortopedico traumatologo in guardia attiva per H24.
- Un chirurgo in guardia attiva per H24.

I dirigenti medici "*dedicati*" in modo esclusivo H24 sono:

- Anestesista-Rianimatore (svolge anche un'attività nell'ambito dell'emergenza interna del presidio e dei trasferimenti interospedalieri in continuità di soccorso, per quanto di propria competenza).

Deve essere, inoltre, presente il seguente personale dedicato:

- Un tecnico di Radiologia.
- Un tecnico di Laboratorio.
- Un operatore per gestione dati e trasmissioni.
- Radiologo.

- Cardiologo.
- Patologo Clinico.

I dirigenti medici *"consulenti"* H24 sono:

- Ostetrico-Ginecologo
- Pediatra.
- Psichiatra.
- Endoscopista digestivo.

Altre linee di attività di consulenza sono: neurologia, neurochirurgia, endocrinologia, ematologia, oncologia, otorinolaringoiatria, allergologia, dermatologia.

Per l'insieme del Pronto Soccorso e dell'Osservazione Temporanea, è' prevista la seguente dotazione di Infermieri:

- 1 infermiere coordinatore.
- 20 infermieri distribuiti su tre turni con modulo di distribuzione 5-5-3 per volumi di accessi di 25.000-35.000/anno con l'aggiunta di una unità per ogni esubero di 15.000 accessi;

Gli ausiliari sono distribuiti su tre turni giornalieri in numero proporzionale al volume degli accessi.

Medicina d'Urgenza

La dotazione di dirigenti medici è la seguente:

- 4 dirigenti medici per la degenza ordinaria per un limite minimo di 1.500 assistiti/anno con l'aggiunta di una unità per ogni esubero ulteriore di 500 assistiti;
- 1 dirigente medico per la gestione della sezione subintensiva di grandezza non inferiore a 4 P.L..

La dotazione di infermieri è, per una sezione di 15/20 P.L., di 24 unità con l'aggiunta di un infermiere per turno per un esubero di 10 posti letto, distribuiti come di seguito riportato:

- 3 Unità H24 per l'assistenza ordinaria;
- 1 Unità H24 per l'assistenza subintensiva;
- 1 coordinatore.

Gli ausiliari sono distribuiti su tre turni giornalieri in numero proporzionale al volume degli accessi.

1.1.3. MEDICINA D'URGENZA E P.S. IN DEA di II LIVELLO

La Unità Operativa Complessa di Medicina d'Urgenza è costituita dal P.S. generale con annessa Area di Osservazione Temporanea e dell'Area di degenza della Medicina d'Urgenza. Nell'Area di degenza sono presenti posti letto di terapia subintensiva (T.S.I.).

Si differenzia dal DEA di I livello per:

- maggiore volume delle prestazioni assistenziali;
- dotazione di strutture ad elevata complessità assistenziale : cardio-angiochirurgia, chirurgia toracica, neurochirurgia, nefrologia ed emodialisi, terapia intensiva neonatale diagnostica per immagini vascolare e neurologica, diagnostica radiologica invasiva e radiologia interventistica, ematologia, oculistica,otoiatria, grandi ustionati, trapianti di organo.

E' opportuno che il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) nelle strutture ospedaliere sede di DEA di II livello sia contiguo al Pronto Soccorso per accogliere i pazienti in crisi acuta per i quali vi possono essere sia rischi di allontanamento sia difficoltà di integrazione fra servizi. In questi servizi andrà effettuato monitoraggio scritto degli eventi sentinella e dovranno essere messi a punto programmi formalizzati di individuazione e superamento delle cause di tali episodi. Andranno inoltre definite pratiche omogenee e/o linee guida almeno per quanto riguarda la terapia farmacologia e le modalità di integrazione con i servizi territoriali.

1.1.3.1 Requisiti strutturali

Area Pronto Soccorso e Osservazione Temporanea

L'Area di Pronto Soccorso e Osservazione Temporanea dispone della dotazione di ambienti di cui ai punti 1.1.1.1. e 1.1.2.1.

Deve, inoltre, essere dotata di:
- N.4 aspiratori elettrici
- N.4 aspiratori a muro.

L'Osservazione Temporanea deve essere dotata di un numero di letti pari ad almeno il 50% dei letti tecnici, 30% dei quali monitorizzati.

I requisiti impiantistici dell'Area sono analoghi a quelli del Pronto Soccorso.

Area Degenza

L'Area di degenza prevede 16/30 posti letto ed una sezione subintensiva con un numero di letti monitorizzati (T.S.I.) non inferiore al 30%. Le postazioni letto non a vista sono dotate di allarme acustico e di telemetria.

La struttura medicina d'urgenza dispone delle stesse dotazioni di ambienti dell'analoga struttura allocata all'interno del DEA di I livello.

1.1.3.2. Requisiti Impiantistici

Sono garantite le condizioni previste dalla normativa vigente relativamente a impianti e tecnologie e in merito alla sicurezza di pazienti e operatori nonché i requisiti previsti dal Pronto Soccorso Ospedaliero.

Risorse tecnologiche e strumentali

Area Pronto Soccorso

L'area di Pronto Soccorso dispone della stessa dotazione strumentale e di farmaci dell'analoga struttura collocata presso il DEA di I livello, ed inoltre:

- Monitor multiparametrico (n. 8);
- Elettrocardiografo portatile per ogni box di visita ;
- Respiratore a pressione positiva intermittente (n. 2);
- Apparecchiature per la ventilazione non invasiva (n.2);
- Defibrillatore con stimolatore cardiaco (n. 3);
- Impianto erogatore di O_2 a muro (P.S.) per ogni letto tecnico dotato di monitor (n. 4);
- Set per immobilizzazione colonna ed arti (n. 8);
- Aspiratori (n. 2);
- Sfigmomanometro (n. 6);
- Strumentario endoscopico completo;
- Apparecchio radiologico (n. 2);
- Apparecchi di laboratorio (emogasanalisi, osmometro, dosaggio elettroliti, dosaggio Hbematocrito, spettrofotometro per ciascuno n. 1);
- Set per approntamento apparecchi gessati (n. 10).

Area degenza

La medicina d'urgenza dispone della stessa dotazione strumentale e di farmaci dell'analoga struttura del DEA di I livello.

1.1.3.3. Requisiti Organizzativi

Pronto Soccorso

La dotazione di Dirigenti Medici è di 11 Unità per 50.000 accessi /anno con l'aggiunta di una unità per ogni ulteriore esubero di 8.000 accessi. Tale dotazione è parte integrante dell'organico della U.O.C. P.S.-Medicina d'Urgenza e costituisce il contributo che la stessa fornisce per la costituzione del team di PS.

I dirigenti medici componenti la equipe di PS sono:

- un internista;
- un chirurgo;
- un ortopedico traumatologo;
- un cardiologo;
- un rianimatore.

I dirigenti medici *"dedicati"* in modo esclusivo sono:

- un radiologo;
- un patologo clinico;
- un pediatra;
- un ginecologo;

I dirigenti medici attivati in regime di consulenza sono:

- un neurologo;
- un neurochirurgo;
- un cardiologo e/o cardiochirurgo vascolare;
- un oculista;
- un otoiatra;
- un gastroenterologo (con funzioni di endoscopista digestivo)
- uno psichiatra.

Sono, inoltre, presenti con disponibilità H24:

- un capo tecnico di radiologia;
- un capo tecnico di laboratori;
- un tecnico di radiologia;
- un tecnico di laboratorio;
- un tecnici per radio e/o computer, telefax;
- un tecnici di endoscopia.

I servizi diagnostici di alta specializzazione devono assicurare la disponibilità H24 (TAC, radiologia vascolare, neuroradiologia ecc., compresa l'endoscopia digestiva).

La dotazione di infermieri è di 30 unità, distribuite in tre turni con modulo 6-6-4 per un volume di accesi 50.000/anno, con aggiunta di una unità per ogni ulteriore esubero di 10.000 accessi/anno.

Gli ausiliari sono distribuiti su tre turni in numero proporzionale al volume di prestazioni.

Medicina d'Urgenza

La dotazione di Dirigenti Medici è la seguente:

- 4 dirigenti medici per la degenza ordinaria per un limite minimo di 1.500 assistiti/anno con l'aggiunta di una unità per ogni esubero ulteriore di 500 assistiti /anno.
- 2 dirigenti medici per la gestione di 4-8 letti subintensivi con l'aggiunta di 1 unità per l'esubero ulteriore di 8 letti.

La dotazione di infermieri professionali. per una sezione di 20/30 posti letto è di 30 unità con la seguente distribuzione:

- Un coordinatore.
- 4 Unità H24 per l'assistenza ordinaria.
- 2 Unità H24 per l'assistenza subintensiva per un numero di posti letto non inferiore a 8.

Gli ausiliari sono distribuiti su tre turni giornalieri in numero proporzionale al volume degli accessi.

1.1.4. RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

Le attività di rianimazione e terapia intensiva sono dedicate al monitoraggio e al trattamento intensivo dei pazienti critici H24.

I pazienti candidati al ricovero in rianimazione e terapia intensiva possono essere raggruppati in due classi principali:

a) pazienti che richiedono trattamento intensivo mirato, in quanto affetti da una o più insufficienza d'organo acute potenzialmente reversibili, tali da comportare pericolo di vita o d'insorgenza di complicanze maggiori;
b) pazienti che richiedono monitoraggio e mantenimento delle funzioni vitali al fine di prevenire complicanze maggiori.

La configurazione ambientale delle unità di rianimazione e terapia intensiva può essere a degenza singola o a degenze multiple.

1.1.4.1. Requisiti Strutturali

La dotazione minima di ambienti per l'unità è la seguente:

- i locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate. La superficie minima da prevedersi per ogni degenza singola è di 16 mq, per degenze multiple è di 12 mq per posto letto;
- per le strutture di nuova costruzione, la superficie minima da prevedersi per ogni singola degenza è di 20 mq, per degenze multiple è di 16 mq per posto letto;
- zona filtro per il personale addetto;
- zona filtro per i degenti;
- almeno 1 stanza a degenza singola dotata di zona filtro per persone necessitanti di isolamento, adeguata per accogliere anche pazienti che necessitino di isolamento respiratorio a pressione negativa;
- un locale medici;
- un locale lavoro infermieri;
- servizi igienici per il personale;
- un deposito presidi sanitari ed altro materiale pulito;
- un deposito materiale sporco;
- un ' area attesa/soggiorno visitatori;
- un'area per disinfezione e lavaggio attrezzature e materiali, in relazione alla dimensione dell'unità;
- Deposito bombole gas medicali.

L'Unità di Terapia Intensiva (U.T.I.) è articolata tra i 4 e i 12 posti letto e prevede ampliamenti per moduli di 4 posti letto. La configurazione interna può essere del tipo a degenze singole o degenze multiple.

I letti di degenza sono dotati di spazi tali da consentire agevoli manovre assistenziali sui quattro lati.

Nel caso che la degenza singola sia associata a degenze multiple, e che quindi funga prevalentemente da locale di isolamento per pazienti infettivi o immunodepressi, deve essere collocata preferibilmente all'estremità del reparto.

Per le nuove costruzioni, la distanza tra due letti non deve essere inferiore a m 2,5. Le degenze devono essere di forma regolare, quadrate o rettangolari, ampiamente vetrate e orientate in modo da facilitare la sorveglianza diretta del paziente dalla centrale di controllo. Il paziente non deve avere la possibilità di vedere gli altri degenti.

1.1.4.2. Requisiti Tecnologici

L'unità di rianimazione e terapia intensiva deve disporre dei seguenti impianti:

- impianto di condizionamento ambientale che assicuri:
  - una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-26 °C
  - una umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60%
  - un ricambio aria (aria esterna senza ricircolo) di 6 vol/h
  - un filtraggio dell'aria ad alta efficienza ed una filtrazione assoluta al 99,95% nei locali di isolamento
  - almeno un'Area assistenza con una pressione positiva o negativa (+ o - 10 Pa), regolabile in funzione dell'utilizzo (malato immunodepresso o contagioso, rispettivamente)
- un impianto di gas medicali (2 prese O_2, 2 prese vuoto, 1 presa aria compressa per posto letto), munito di allarme ottico e acustico per segnalazione di variazione di pressione dei gas medicali e/o dei guasti dell'impianto;
- 8 prese di forza motrice a posto letto;
- prese per apparecchi ad alto assorbimento di corrente;
- impianto rilevazione incendi;
- un lavabo in ogni stanza di degenza;
- un impianto elettrico di continuità per i sistemi di monitoraggio e per le apparecchiature atte al sostegno delle funzioni vitali.

La dotazione strumentale minima deve essere la seguente:

- 4 pompe da infusione a posto letto;
- un respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione paziente;
- un monitor a posto letto per la rilevazione dei parametri vitali;
- una lampada scialitica;
- un diafanoscopio a parete ed un analogo dispositivo mobile, che possa essere trasferito all'occorrenza in vicinanza della postazione utile;
- frigoriferi per la conservazione di farmaci ed emoderivati;
- un carrello di emergenza dotato di: defibrillatore, pace maker esterno, materiale per assistenza respiratoria;
- presidi per la prevenzione delle piaghe da decubito;
- un sollevapazienti;
- letti elettrici per terapia intensiva con sistema di articolazione e materassi antidecubito.

Impianto dei gas medicali

Gli impianti dei gas medicali centralizzati (area medicale e ossigeno) devono fornire una pressione d'esercizio di 4 – 5 atmosfere che deve rimanere costante con un flusso di 20 l/min per ciascuna presa, quando tutte le prese sono in funzione. Manometri a vista dotati di allarmi acustici e visivi, che si attivano automaticamente in caso di ridotta pressione di alimentazione, devono essere ubicati in prossimità della U.T.I.. Le caratteristiche tecniche degli impianti dei gas centralizzati sono precisate da apposite normative CEN (pr EN 737 – 1,2,3) e ISO (32).

Impianto di aspirazione

L'impianto di aspirazione centralizzato (vuoto) deve garantire, quando tutte le prese sono in funzione, una pressione minima di aspirazione di 500 mm Hg (40 l/min costanti) per ciascuna presa.

Impianti di comunicazione

Si raccomandano due linee telefoniche esterne ogni 8 posti letto, una linea di emergenza a selezione passante ed un numero adeguato di linee interne. Un sistema di interfoni deve collegare ciascuna degenza di studi medici e la cucina con la centrale di controllo.

Si raccomanda inoltre un sistema di interfoni tra degenze e l'eventuale corridoio esterno per le comunicazione tra paziente e visitatori. Un allarme acustico e visivo deve poter essere attivato da ciascuna degenza e rilevato dalla centrale di controllo.

Un sistema di allarme analogo può essere collegato con il Pronto Soccorso. Se la disposizione delle degenze non permette la visione diretta del paziente, è raccomandabile l'istallazione di un

sistema TV a circuito chiuso ad amplificazione di luce con monitor di controllo nella centrale di sorveglianza.

Requisiti tecnologici dell' Area di Degenza

Ad integrazione di quanto già previsto nella dotazione strumentale minima, devono essere presenti all'interno dell'area di degenza:

Per ogni posto letto:

- N° 4 pompe infusionali endovenose;
- N° 1 pompa infusionale per nutrizione enterale;
- N° 1 ventilatore automatico, a concezione digitale, dotato di diverse opzioni;
- software ed hardware che permettano di soddisfare tutte le esigenze diagnostiche e terapeutiche, per neonati, bambini e adulti, e l'assistenza ventilatoria anche nelle condizioni più difficili; deve essere dotato di monitoraggio del loop ventilatorio, allarmi di flusso e di pressione, e di varie modalità di ventilazione del paziente;
- un monitor per la rilevazione dei parametri vitali, con metodo invasivo e non;
- letto elettrico per terapia intensiva, con sistemi di articolazione (Trendelemburg / Anti-Trendelemburg, zona testa, ginocchia, piedi) e materassi anti-decubito;
- sistemi di termoregolazione del paziente;

Ogni posto-letto deve essere fornito di un minimo di 16 prese elettriche divise in 4 gruppi.

In ogni area di degenza va prevista almeno una presa elettrica di tipo interbloccata per l'apparecchio radiologico.

Ogni posto-letto deve essere fornito di:

- un pulsante per "richiesta di aiuto urgente";
- un minimo di 4 prese per l' ossigeno e di 3 prese per l' aria medicale;
- un minimo di 3 prese di vuoto.

Le prese dei gas medicali e del vuoto devono essere identificate con appositi colori ed etichette. Non dovrebbero essere posizionate ad altezza d'uomo per evitare lesioni al volto in caso di deconnessione.

Le travi a muro o i pensili da soffitto rappresentano la miglior soluzione per la distribuzione dei gas medicali e la corrente elettrica in quanto evitano la presenza di cavi a terra.

Nell'antisala delle degenze singole va posizionato un lavabo con acqua calda e fredda, di profondità e larghezza adeguata per evitare spruzzi, azionato in automatico o a pedale. Nelle

degenze multiple va previsto almeno un lavabo ogni due posti-letto. I lavabi devono essere installati distanziati di almeno 5 cm dalla parete per agevolare pulizia e disinfezione.

Il 20% dei letti deve essere munito di prese d'acqua per la dialisi con filtri depuratori (opzionale).

E' consigliabile inoltre disporre di una presa per telefono, interfono a viva voce, TV, collegamento alla rete informatica ed eventuale telecamera per TV a circuito chiuso per ogni posto-letto.

1.1.4.3. Requisiti Organizzativi

La dotazione organica dei personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia delle attività svolte.

Deve essere prevista:

- la presenza H24 di un dirigente medico anestesista rianimatore ogni 4 posti letto;
- la presenza di un infermiere coordinatore.

Per quanto concerne il personale infermieristico si pongono le seguenti indicazioni:

- i pazienti necessitano di monitoraggio e terapie strumentali di sostegno delle funzioni vitali: Rapporto infermiere-malato = 1/2, da garantire nell'arco delle 24 ore;
- i pazienti necessitanti di monitoraggio e terapie non strumentali: rapporto infermiere - malato pari a 1:3, da garantire nell'arco delle 24 ore.

Nell'ambito della stessa struttura di rianimazione e terapia intensiva possono coesistere posti letto con livelli di cura diversi in rapporto alla tipologia dei ricoverati.

Devono essere previste procedure specifiche in caso di malfunzionamento degli impianti dei gas / medicali e del sistema di aspirazione.

Devono essere disponibili e venire seguite linee guida per il controllo delle infezioni nosocomiali.

1.1.4.4. Requisiti Strutturali e Tecnologici dell'Area di Sorveglianza

Centrale di Controllo

Si tratta di un'area logisticamente distinta all'interno della U.T.I., sita in prossimità delle degenze, che deve permettere il controllo visivo diretto dei pazienti e dei relativi monitoraggi. In quest'area deve essere prevista l'installazione di ripetitori dei segnali monitorati con relativi allarmi, terminali di reti informatiche, monitor di eventuali TV a circuito chiuso, telefoni, citofoni, interfoni, ecc.

Deve essere parzialmente isolata dall'ambiente circostante da una vetrata in grado di attutire la trasmissione dei suoni e garantire la riservatezza dei colloqui tra sanitari.

1.1.5. UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA (U.T.I.C.)

Nell'ambito delle strutture eroganti prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie, l'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica è un servizio di terapia intensiva dedicato alla gestione clinico-assistenziale del paziente con Sindrome Coronarica Acuta (SCA) e/o patologie cardiologiche di particolare gravità e che ne mettono direttamente in pericolo la vita.

1.1.5.1. Requisiti Strutturali

L'U.T.I.C. deve essere collocato organizzativamente e funzionalmente nell'ambito di una Unità Operativa Cardiologica, con posti letto dedicati da un minimo di 4 ad un massimo di 12, in relazione al numero complessivo di posti letto dell'Unità Operativa medesima.

L'U.T.I.C. è ubicata in contiguità con l'area di degenza ordinaria cardiologica; sono previsti collegamenti preferenziali con il Pronto Soccorso e con l'Emodinamica.

L'U.T.I.C. dispone della seguente dotazione di ambienti:

- area di degenza con letti attrezzati e configurata in modo tale da operare agevolmente intorno al letto, permettere l'accesso della barella e la movimentazione delle apparecchiature;
- una stanza a degenza singola dotata di filtro per pazienti necessitanti di isolamento;
- spazio controllo dei pazienti, attrezzato con consolle monitor, esterno all'area strettamente di degenza ma ad essa direttamente connesso;
- deposito attrezzature;
- deposito materiale pulito;
- area tecnica di lavoro con strumentazioni e attrezzature;
- locale per procedure semi-invasive ed invasive con radioscopia (in alternativa, accesso diretto in H24 a Camera Operatoria con Rx scopia);
- zona filtro per il personale;
- locale coordinatore infermieristico ;
- locale lavoro infermieri;
- locale medici;
- filtro visitatori;
- spazio attesa familiari.

I seguenti spazi possono essere in comune con la degenza in caso di contiguità:

- deposito materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle;

- servizi igienici per il personale;
- stanza per medico di guardia;
- locale cucinetta;
- locale per colloqui con i familiari;
- locale deposito salma (non necessario se possibilità di usufruire in tempo reale della camera mortuaria).

Requisiti per specifici ambienti

- zoccolo lavabile di altezza pari a 2 metri;
- pavimenti lavabili e disinfettabili;
- colore chiaro con indici di riflessione dell'80-90% per il soffitto, 50% per le pareti, 15-30% per i pavimenti.

1.1.5.2. Requisiti Tecnologici

L'U.T.I.C. dispone dei seguenti impianti:

- impianto di condizionamento ambientale che assicuri:
  - temperatura interna invernale ed estiva 20-24 °C
  - umidità relativa estiva e invernale 40-60%
  - ricambio aria (aria esterna senza ricircolo) 6 vol/h
  - un filtraggio dell'aria ad alta efficienza ed una filtrazione assoluta al 99,95% nei locali di isolamento
  - pressione relativa positiva;

- impianto di gas medicali;
- impianto di chiamata con segnalazione acustica luminosa;
- impianto elettrico caratterizzato da:
  - continuità con alimentazione di sicurezza
  - alimentazione di emergenza
  - sicurezza con trasformatore di isolamento
  - nodo equipotenziale
  - pavimento antistatico
  - illuminazione di tipo indiretto circa 300 lux.

L'U.T.I.C. dispone della seguente dotazione strumentale:

- trave testaletto: 2 prese per ossigeno, vuoto, aria compressa; 6 o più prese di corrente 220 V; 1 presa interbloccata per apparecchi RX portatili; prese di terra equipotenziali;
- 1 monitor E.C.G. a posto letto a tre o più canali con analizzatore tratto ST-T ed aritmie, con allarmi e memoria di 24 ore;
- 1 misuratore di pressione arteriosa non invasiva a posto letto, con allarmi e braccioli di diversa misura;
- misuratore a 2 vie di pressioni invasive, portata cardiaca con termodiluizione, ossimetria per il 25% dei posti letto;
- 1 elettrocardiografo a tre-sei canali + 1 di riserva;
- pompe di infusione per un totale di 4 vie a posto letto e con 2 vie di riserva per posto letto
- 2 defibrillatori bifasici;
- 2 carrelli di emergenza con il necessario per l'intubazione O.T.;
- 1 pace-maker temporaneo completo di accessori ogni 3 posti letto + 1 di riserva;
- 1 materasso antidecubito ogni 4 posti letto;
- 1 apparecchio per emogasanalisi*;
- 1 apparecchio per ACT o aPTT*;
- 1 ecocardiografo, completo di sonda transesofagea e sonda per vascolare (carotidi);
- 1 contropulsatore**;
- 2 aspiratori per broncoaspirazione;
- letti tecnici da terapia intensiva radiotrasparenti per tutti i posti letto;
- 1 diafanoscopio;
- 1 frigorifero per farmaci con allarme temperatura;
- 1 lampada scialitica portatile;
- 1 carrello per terapia.

* *attrezzatura non necessaria nel caso di disponibilità immediata del laboratorio centrale*
** *nei centri Hub*

1.1.5. 3. Requisiti Organizzativi

Le strutture cardiologiche sono distinte in due tipologie:

L'U.T.I.C. dispone di personale commisurato alla numerosità e complessità della casistica trattata e comunque delle seguenti risorse umane:

1) Personale infermieristico per turno

2 infermieri (configurazione minima dell'Unità)

ovvero 3 infermieri (configurazione dell'Unità da 5 a 8 posti letto)

ovvero 3 infermieri + 1 infermiere ogni 2 posti letto ulteriori rispetto alla configurazione precedente.

1) Personale medico

E' garantita la presenza di un cardiologo di guardia H24.

L'U.T.I.C. garantisce la continuità assistenziale dei pazienti attraverso l'utilizzo di personale dedicato e in numero proporzionale al volume di attività, e comunque:

1 medico in continuità assistenziale nella fascia oraria del mattino (configurazione minima dell'Unità)

ovvero 2 medici in continuità assistenziale nella fascia oraria del mattino (configurazione dell'Unità da 5 a 8 posti letto)

ovvero 3 medici in continuità assistenziale nella fascia oraria del mattino (configurazione dell'Unità > 8 posti letto o con funzione di centro Hub).

1.1.6. SERVIZIO DI EMODINAMICA

Nell'ambito delle strutture eroganti prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie, il Servizio di Emodinamica è un servizio dedicato alla esecuzione, da parte di personale altamente specializzato, di procedure cardiologiche invasive a scopo diagnostico (es: cateterismo cardiaco, arteriografia coronarica) o terapeutico (es: angioplastica per cutanea, stent) per la cura della Sindrome Coronarica Acuta sia in elezione sia in emergenza.

Vengono distinti i laboratori che operano in H12 ed in H24.

1.1.6.1. Requisiti Strutturali

Il laboratorio di Emodinamica è ubicato in prossimità dell'U.T.I.C. e del Pronto Soccorso o sono previsti collegamenti preferenziali con tali servizi.

Il Servizio di Emodinamica dispone della seguente dotazione di ambienti:

- sala di emodinamica dotata di pareti e porte con schermature piombate e gabbia di Faraday;
- sala controllo protetta con parete o vetro piombato;
- spazio per l'osservazione del paziente;
- locale per la preparazione e il lavaggio del materiale, attiguo alla sala di emodinamica;
- ambiente/spazio lavaggio - vestizione medici, attiguo alla sala di emodinamica;
- ambiente/spazio per la compressione vascolare, attiguo alla sala di emodinamica;
- locale per lo stoccaggio di materiale;
- deposito biancheria pulita;
- deposito sporco con vuotatoio;
- sala refertazione e archiviazione;
- servizi igienici differenziati per il personale e i pazienti;
- spazi per lo smaltimento dei rifiuti differenziati;
- locale per le attività di segreteria, anche in comune con altre funzioni.

Requisiti per specifici ambienti

- Sala di emodinamica avente dimensioni minime di 30 mq. Gli spazi sono configurati in modo tale da muoversi agevolmente attorno al tavolo e alla apparecchiatura radiologica durante le procedure e le eventuali manovre di assistenza o rianimazione.
- Parete lavabile o zoccolo impermeabile, lavabile e disinfettabile, di altezza pari a 2 metri.
- Pavimento antistatico, lavabile e disinfettabile.

1.1.6.2. Requisiti Tecnologici

Il Servizio di Emodinamica dispone dei seguenti impianti:

- impianto di condizionamento ambientale che assicuri:
  - temperatura interna invernale ed estiva 20-22 °C
  - umidità relativa estiva e invernale 40-60%
  - ricambio aria (aria esterna senza ricircolo) 6 vol/h;
  - filtrazione terminale dell'aria con filtro assoluto al 99,95%
  - pressione relativa positiva;
- impianto di gas medicali con prese: 2 gruppi ossigeno/aria compressa/vuoto per sala;
- impianto elettrico caratterizzato da:
  - continuità con alimentazione di sicurezza
  - alimentazione di emergenza
  - sicurezza con trasformatore di isolamento
  - nodo equipotenziale
  - illuminazione a intensità regolabile;
- dispositivi di legge per la prevenzione infortuni e la radioprotezione (collegamento con la fisica sanitaria).

Il Servizio di Emodinamica dispone della seguente dotazione strumentale:

- Pre-sala o spazio per l'osservazione del paziente:
  - 1 defibrillatore
  - 1 elettrocardiografo: a tre o più derivazioni con allarmi, memoria e stampante
  - gruppo ossigeno-aria compressa-vuoto.

- Laboratorio di emodinamica:
  - 1 elettrocardiografo: a tre o più canali
  - 1 respiratore automatico per ogni sala (anche di tipo pediatrico, qualora si pratichi cardiologia pediatrica)
  - 1 ossimetro per ogni sala
  - 1 strumento per misurare la portata cardiaca, anche inserito nel poligrafo
  - 1 set per la pericardiocentesi per ogni sala
  - 1 apparecchio per emogasanalisi*
  - 1 apparecchio per ACT o aPTT*.

- Sala di emodinamica:
  - letto radiologico
  - stativo a C o a U
  - visione ottimale in scopia
  - acquisizione digitale delle immagini e archiviazione
  - lampada scialitica con alimentatore di sicurezza
  - 1 poligrafo con 12 derivazioni ECG, 3 contemporanee e 2 canali di pressione
  - 1 carrello di rianimazione
  - 1 defibrillatore
  - 2 pace-maker temporanei
  - attrezzature per la radioprotezione, in numero corrispondente agli operatori in attività (camice piombato; collare piombato; occhiali e guanti anti-raggi X; paratia anti-raggi X da porre fra paziente e operatore)
  - dotazioni di materiale d'uso corrente per il mantenimento della sterilità (camici e guanti sterili, teli sterili per il campo) e le procedure diagnostiche, in quantitativi commisurati all'attività
  - 1 iniettore
  - 2 pompe di infusione per ogni sala.

- Sala di refertazione:
  - 2 PC dotati di software di visualizzazione per sala.

** attrezzatura non necessaria nel caso di disponibilità immediata del laboratorio centrale*

1.1.6.3. Requisiti Organizzativi

Il Servizio di Emodinamica dispone di personale commisurato alla numerosità e complessità della casistica trattata e comunque delle seguenti risorse umane per sala e turno di lavoro:
- 2 Medici cardiologi invasivi
- 2 Infermieri
- 1 Anestesista rianimatore H24, anche non dedicato
- 1 Tecnico di radiologia, anche su due sale.

Devono essere garantiti i servizi di trasporto pazienti, approvvigionamento farmaci e presidi necessari, pulizia.

I centri Hub, per garantire il servizio ordinario, la reperibilità notturna e nei giorni festivi, dispongono complessivamente di 6 operatori interventisti dedicati.

1.1.7. UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (U.T.I.N.)

Finalità

Le U.T.I.N. sono unità collocate in strutture con unità di ostetricia e ginecologia e di neonatologia. E' possibile la presenza di una U.T.I.N. in strutture senza unità di ostetricia e ginecologia se collocate in Ospedali di elevata specializzazione pediatrica.

Le U.T.I.N. sono unità con presenza di letti di terapia intensiva e subintensiva.

Le U.T.I.N. sono collocate in strutture con unità di Chirurgia, Cardiologia, Radiologia, Centro emotrasfusionale, Anatomia Patologica, Terapia Intensiva/Rianimazione e in cui siano attivi collegamenti funzionali per consulenze di: Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia Pediatrica, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Neurologia, Psichiatria, Chirurgia plastica, Neuropsichiatria Infantile, Genetica Medica, Riabilitazione.

1.1.7.1. Requisiti Strutturali

Il modulo minimo di una U.T.I.N. è di almeno:

- 4 posti letto di Terapia Intensiva;
- 4 posti letto di Terapia Subintensiva.

Il modulo minimo prevede un numero di incubatrici e culle di cure intermedie sufficiente ad assicurare un tasso di occupazione dei posti letto di cure intensive e sub-intensive non superiore all'85%.

1.1.7.2. Requisiti tecnologici

Nel presidio sono presenti le seguenti attrezzature:

-• Ecografo (e' opportuno che ogni centro TIN abbia il suo ecografo dedicato).
- • Elettroencefalografo e monitor della funzione cerebrale (CFM); - l'apparecchio per CFM dovrebbe essere in dotazione alla TIN e disponibile 24 ore su 24.
- • Disponibilità ad usufruire del servizio emotrasfusionale, del laboratorio e di indagini come TAC, RMN, eco doppler ed indagini Rx complesse 24 ore su 24.

la U.T.I.N. dispone impianto di condizionamento ambientale che assicuri:

- temperatura interna invernale ed estiva 20-28 °C;
- umidità relativa estiva e invernale 40-60%;
- ricambio aria (aria esterna senza ricircolo) 6 vol/h;
- un filtraggio dell'aria ad alta efficienza.

L'UO dispone della seguente dotazione tecnologica, con disponibilità 24 ore su 24 (il numero di apparecchi necessari va modulato sulla base del numero di posti letto presenti, del volume di attività e della tipologia dei neonati assistiti):

- Incubatrici per terapia intensiva
- Lettini di rianimazione
- Analizzatori di O_2 nel gas inspirato
- Ventilatori neonatali con umidificatore riscaldato
- Apparecchi per nCPAP
- Monitor cardiorespiratori
- Saturimetri pulsati
- Monitor transcutanei per gas ematici
- Pompe per infusione
- Misuratori della pressione arteriosa
- Sorgenti di O_2
- Sorgenti di aria e vuoto
- Miscelatori per gas
- Nebulizzatori
- Prese elettriche
- Lampade per fototerapia
- Ecografo
- Elettroencefalografo e monitor della funzione cerebrale (CFM)

La dotazione minima di un posto di terapia intensiva deve essere la seguente:

- incubatrice con servocontrollo della temperatura corporea e dell'umidità ambientale (alternativamente lettino di rianimazione riscaldato e con servocontrollo della temperatura)
- ossimetro per il controllo della concentrazione di O_2 (possibilmente incorporato nell'incubatrice)
- 2 attacchi per O_2, n. 2 attacchi per aria medicale e n. 2 attacchi per vuoto terapeutico
- 12 prese elettriche
- almeno n. 1 pompa per infusione volumetrica e n. 2 pompe a siringa
- 1 ventilatore meccanico neonatale, in grado di lavorare in modalità assistita e controllata e di erogare nCPAP; ogni ventilatore deve essere dotato di umidificatore riscaldato
- 1 monitor multiparametrico o modulare per il monitoraggio di ECG, frequenza respiratoria, temperatura corporea, pressione invasiva e non invasiva, saturimetria transcutanea
- disponibilità di apparecchi suppletivi per la nCPAP, la saturimetria transcutanea, $TcpO_2/TcpCO_2$, o di altre pompe per infusione da valutare sulla base delle necessità e della tipologia dei neonati assistiti nell'UO

La dotazione minima di un posto di terapia sub-intensiva deve essere la seguente:

- incubatrice con servocontrollo della temperatura corporea e dell'umidità ambientale (alternativamente lettino di rianimazione riscaldato e con servocontrollo della temperatura)
- ossimetro per il controllo della concentrazione di O_2 (possibilmente incorporato nell'incubatrice)
- 2 attacchi per O_2, n. 2 attacchi per aria medicale e n. 2 attacchi per vuoto terapeutico
- 8 prese elettriche
- almeno 1 pompa per infusione volumetrica e n. 1 pompa a siringa
- 1 monitor multiparametrico o modulare per il monitoraggio di ECG, frequenza respiratoria,

temperatura corporea, pressione non invasiva, saturimetria transcutanea.

1.1.7.3. Requisiti organizzativi

La U.T.I.N. deve avere accesso H24, tempestivo e preferenziale del servizio emotrasfusionale, del laboratorio e di indagini come TAC, RMN, eco doppler ed indagini Rx complesse 24 ore su 24.

La U.T.I.N. dispone di consulenza entro le 24 h dalla richiesta per le seguenti specialità: cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia pediatrica, chirurgia plastica, oculistica, ortopedia, otorinolaringoiatria, neurologia.

La U.T.I.N. garantisce:

- Integrazione nel sistema di trasporto ed emergenza neonatale (S.T.E.N.).
- Assistenza respiratoria con CPAP o con ventilatore meccanico in modalità sia controllata che assistita (trigger). Nutrizione parenterale totale.
- Drenaggio pleurico e pericardio.
- Posizionamento di catetere centrale con la tecnica percutanea o chirurgica.
- Interventi terapeutici per tutte le patologie metaboliche (dialisi peritoneale).
- Determinazione in urgenza di: Hb, Ht, bil. totale, EAB ed emogasanalisi, elettroliti, osmolarità.
- Possibilità di riscontro autoptico.
- Produzione di un rapporto annuale statistico-epidemiologico sull'attività svolta.
- Servizio di follow-up dei neonati dimessi.
- Umanizzazione delle cure neonatali ("care" materno-neonatale).

La U.T.I.N. è collegata con i seguenti servizi:

- Centro immunotrasfusionale.
- Laboratorio analisi H24.
- Ecografia.
- Radiologia pediatrica.
- TAC., RMN., medicina nucleare.
- Anatomia patologica.
- Genetica medica.
- Neuropediatria.
- Chirurgia plastica.
- Recupero e riabilitazione funzionale.
- Chirurgia, cardiologia, neurochirurgia, dermatologia, ortopedia, oculistica, otorinolaringoiatria pediatriche.

Il personale medico deve essere costituito da neonatologi o da pediatri con competenze specifiche in terapia intensiva neonatale adeguato alla numerosità dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva, alla tipologia delle prestazioni fornite ed alla necessità di garantire una guardia attiva 24 ore su 24 con possibilità di supporto di pronta reperibilità integrativa 24 ore su 24 da parte di neonatologi o di pediatri con documentata esperienza nell'assistenza neonatale.
Date le dimensioni minime previste per una unità di terapia intensiva neonatale, il numero di medici non può essere inferiore a 8.

Il personale infermieristico deve essere costituito da infermieri pediatrici/vigilatrici d'infanzia o infermieri professionali in numero tale da assicurare un'assistenza continuativa con un minimo di un infermiere presente per turno ogni 2 neonati in terapia intensiva e di uno ogni 4 neonati in subintensiva.

Eventuale personale medico e infermieristico per lo S.T.E.N. deve essere aggiuntivo rispetto a quello previsto per l'assistenza in reparto e deve essere funzionalmente integrato a quello dell'area intensiva delle strutture cui afferiscono le unità S.T.E.N.

1.1.8. UNITÀ DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE (U.T.N.)

Finalità

L'Unità di Trattamento Neurovascolare (U.T.N.) e il Team Neurovascolare (T.N.V.) sono servizi ospedalieri dedicati alla gestione clinico-assistenziale del paziente con ictus acuto.

Le U.T.N. sono reparti di terapia semi intensiva. Sono articolate in due livelli U.T.N. II, ubicate nei centri Hub della rete, e U.T.N. I, ubicate nei centri Spoke della rete.

Il T.N.V. (medici, fisioterapisti e tecnici esperti nella valutazione e nella cura delle vasculopatie cerebrali acute) coordina e supervisiona, su richiesta, gli interventi sui pazienti con ictus cerebrale, indipendentemente dal reparto in cui questi sono ricoverati.

I servizi in oggetto sono organizzati in una "*rete*" integrata assistenziale a garanzia di una corretta ed efficace gestione del paziente con ictus in fase acuta.

1.1.8.1. UNITÀ DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE di II LIVELLO - UTN-II

L'UTN-II è un reparto di terapia sub-intensiva deputato alla gestione di:

- pazienti con deficit cerebrale focale acuto di natura ischemica (fino a 6 ore dall'esordio dei sintomi nel circolo anteriore, fino a 12 ore nel circolo posteriore) o emorragica non di pertinenza neurochirurgica e pazienti con ictus in condizioni di criticità (ma senza controindicazioni al trattamento medico o chirurgico d'emergenza) indipendentemente dal tempo di esordio;
- pazienti con attacco ischemico transitorio (TIA) recente ($\leq$ 48 ore) e con punteggio ABCD $\geq$3 (Johnston SC, 2007).

1.1.8.1.1. Requisiti Strutturali

L'U.T.N. II è ubicata in una struttura con servizio emergenza (PS/DEA I/DEA II)[1] e dotata di 8 posti letto.

L'U.T.N. II dispone della seguente dotazione di ambienti :

- area degenza con superficie minima di 9 mq per posto letto;
- locale lavoro;
- deposito presidi sanitari ed altro materiale pulito;
- deposito materiale sporco;

[1] non è più requisito della struttura ospitante la presenza di un DEA di II livello. La presenza di UTN-II o I rimane requisito per il DEA di II livello.

- area per disinfezione e lavaggio attrezzature e materiali, in relazione alla dimensione dell'unità.

La collocazione dell'UTN-II è in area in stretto collegamento con il PS o comunque nelle sue immediate vicinanze, dotata di PL con monitor per il controllo dei parametri vitali e della funzionalità cardiaca.

1.1.8.1.2. Requisiti tecnologici

L'U.T.N. II dispone di un impianto di condizionamento ambientale che assicuri:

- una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-26 °C;
- una umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60%;
- un ricambio aria (aria esterna senza ricircolo) di 6 vol/h;
- un filtraggio dell'aria ad alta efficienza ed una filtrazione assoluta al 99,95% nei locali di isolamento;
- una pressione positiva o negativa (+ o - 10 Pa), regolabile in funzione dell'utilizzo (malato immunodepresso o contagioso, rispettivamente).

La struttura dispone della seguente dotazione strumentale:

- 1 monitor per elettrocardiogramma (E.C.G.) e parametri vitali, 1 barra gas medicali (aria, vuoto, ossigeno) e 1 crono-infusore per letto;
- 1 centralina parametri vitali;
- apparecchiature per la gestione dell'emergenza: 1 defibrillatore; 1 set rianimazione; 1 elettrocardiografo portatile;
- apparecchiature per la diagnostica neuro e cardio-vascolare non invasiva: ecografo e apparecchio Duplex Scanner con sonde per Doppler Transcranico (TCD), per Ecocardiografia trans-esofagea (TTE).

1.1.8.1.3. Requisiti organizzativi

L'U.T.N. II costituisce unità operativa semplice, afferente all'U.O.C. di neurologia.

L'U.T.N. II garantisce:

- diagnosi tempestiva clinico strumentale del tipo di ictus, della causa che lo ha determinato e della gravità della malattia;
- pronta attuazione dei provvedimenti terapeutici più adeguati nella fase acuta (farmacologici quali la terapia trombolitica, neurochirurgici, chirurgici vascolari o di neuro-radiologia interventistica);

- trasferimento del paziente clinicamente stabilizzato in ambiente appropriato alla cura della condizione clinica e/o della patologia emergente.
- consulenza in telemedicina per l'effettuazione della trombolisi e.v. e per l'identificazione dei pazienti che necessitano intervento neurochirurgico nei nodi periferici della rete.

L'U.T.N. II assicura un servizio di guardia attiva H24 per i pazienti ricoverati in U.T.N. e, se richiesto, nell' area dell'emergenza.

L'U.T.N. II dispone del seguente personale:

- 1 responsabile Neurologo o Medico esperto con almeno 5 anni di comprovata esperienza nella gestione della malattia cerebrovascolare acuta o in possesso di titolo di master di II livello in malattie cerebrovascolari;
- 1 neurologo o 1 medico esperto per 2 posti letto e per turno lavorativo, in possesso di attestato di frequenza al I Modulo del master di II livello in malattie cerebrovascolari o con almeno 3 anni di comprovata esperienza nella gestione della malattia cerebrovascolare acuta;
- 1 Infermiere con funzioni direttive;
- 1 Infermiere, esperto in B.L.S., ogni 2 pazienti;
- 5 Ausiliari;
- Fisioterapisti;
- 1 Logoterapista.

Nell'U.T.N. sono definiti e formalizzati rapporti di collaborazione e di immediata consulenza con neurochirurghi, chirurghi vascolari, radiologi, neuroradiologi, ultrasonografisti, cardiologi, rianimatori.

- L'U.T.N. ha accesso H24, tempestivo e preferenziale mediante protocolli definiti, alle seguenti strumentazioni di supporto diagnostico e terapeutico:
- neuroradiologiche (TC, RM, angio-RM, angiografia digitale);
- radiologiche generali (Roentgen diagnostica e medicina nucleare, quest'ultima indispensabile per la diagnosi tempestiva di embolie polmonari);
- cardiologiche (UTIC, Centro di elettrostimolazione cardiaca – CESC per l'impianto di pace-maker provvisori o definitivi);
- servizi di diagnostica per ultrasuoni per Ecocardiografia trans-toracica (TT);
- presenza di una guardia esperta H24 in grado di gestire i pazienti ricoverati in UTN e ovunque, entro l'area dell'emergenza;
- accesso H24 all'interventistica neuroradiologica. A tale copertura possono concorrere tutti i centri Hub con modalità organizzative previamente concordate mediante protocolli inter-area.

- presenza di un Team Neurovascolare –TNV- che si prenda carico della gestione dei pazienti con ictus cerebrale ricoverati in reparti di degenza privi di personale esperto.

1.1.8.2 UNITÀ DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE di I LIVELLO - UTN-I

L'U.T.N. I è un'unità funzionale afferente a reparti affini per disciplina (ad esempio nei reparti di neurologia dove esistenti) o a reparti con livello di intensità di cura (terapia sub-intensiva).

L'UTN-I è deputata alla gestione di:

- pazienti con deficit cerebrale focale acuto di natura ischemica (da più di 6 ore per ictus del circolo anteriore/ 12 per il circolo posteriore, a meno di 96 ore dall'esordio dei sintomi) o emorragica non di pertinenza neurochirurgica e che non presentino condizioni di criticità. I pazienti con tale patologia provengono dal bacino naturale di afferenza, con modalità autonoma o con trasporto urgente mediante mezzi del 118;
- pazienti con ictus clinicamente stabilizzato che necessitano di cure, provenienti dall'UTN-II di riferimento;
- pazienti con attacco ischemico transitorio (TIA) non recente (>48 ore ed entro una settimana dall'evento).

Le UTN-I devono essere dotate di 4-6 PL sulla base del bacino d'utenza.

L'UTN-I deve garantire:

- diagnosi, in regime di urgenza, clinico-strumentale del tipo di ictus, della causa che lo ha determinato e della gravità della malattia;
- attuazione dei provvedimenti terapeutici (farmacologici, riabilitativi) più adeguati per la gestione di questa fase;
- trasferimento dei pazienti che dovessero presentare condizioni cliniche di criticità al livello superiore di cure (UTN-II) mediante accordi condivisi con l'UTN-II livello di riferimento;
- trasferimento dei pazienti stabilizzati ma che presentano indicazioni a proseguire la degenza nel presidio (in attesa di completamento esami di diagnostica per inquadramento etio-patogenetico, sopraggiungere di patologie di pertinenza di altra specialità, in attesa di posto letto in riabilitazione, altro), in ambiente interno appropriato;
- terapia trombolitica e.v., tramite teleconsulto con successivo invio al livello superiore di cure del paziente che giunga nella struttura nei tempi previsti per il trattamento.
- Collegamento in telemedicina per l'effettuazione della trombolisi e.v. sotto la guida dell'U.T.N. II e per l'identificazione dei pazienti che necessitano intervento neurochirurgico.

I requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari per ottemperare a tali funzioni sono gli stessi delle U.T.N II, seppure proporzionati al minor numero di posti letto, ad eccezione di:

- Non costituisce requisito la presenza di interventistica neuroradiologica.
- L'accesso preferenziale alle strumentazioni di supporto diagnostico e terapeutico neuroradiologiche (Angiografia e/o RM e/o Angio-RM ove disponibili) e radiologiche generali (Roentgen diagnostica) deve essere garantito H12 (anziché H24)

1.1.9. PUNTI DI PRIMO INTERVENTO

Finalità

I Punti di Primo Intervento garantisco la stabilizzazione del paziente in fase critica attivando, tramite C.O. 118, il trasporto presso l'ospedale più idoneo secondo protocolli definiti e un primo intervento medico in caso di: patologie diagnosticate ed ingravescenti; malesseri non ben definiti; piccoli atti medico–chirurgici; diagnostica strumentale semplice.

L'orario di effettivo funzionamento copre di norma le 24 ore.

Nelle zone ad alta densità turistica i Punti di Primo Intervento territoriale possono essere a carattere stagionale con adeguamento del servizio ai flussi.

I punti di primo intervento rappresentano una articolazione sul territorio dei DEA, cui afferiscono e si collegano.

I punti di primo intervento sono ubicati preferibilmente presso poliambulatori territoriali e/o ospedali non sede di DEA e Pronto Soccorso.

Si integrano tra:

- punti di primo intervento collocati presso presidi delle Aziende U.S.L.;
- punti di primo intervento fissi, mobili o occasionali.

1.1.9.1. Requisiti Strutturali

Punti di primo intervento presso presidi delle Aziende U.S.L.:

- due ambulatori per visita;
- un ambiente per l'attesa;
- un locale per stazionamento del personale;
- depositi;
- servizi igienici, distinti per personale ed utenti.

1.1.9.2. Requisiti Tecnologici

Attrezzature di base per ambulatorio di tipo ospedaliero, compresa la disponibilità di O_2, integrate con:

- elettrocardiografo;

- aspiratore;
- monitor–defibrillatore;
- set per sostegno alle funzioni vitali e materiale per effettuare una rianimazione cardiopolmonare di base ed avanzata, sia per adulto che per bambino (maschere facciali di tutte le misure, pallone autoespansibile, circuito ventilatorio unidirezionale, laringoscopio e lame curve e rette per intubazione tracheale, mandrini per armare in tubi orotracheali, sistemi per mini – tracheotomia d'urgenza, maschere laringee di tutte le misure, cannule di Guedel di tutte le misure, catheter mounth, tubi tracheali di tutte le misure, set per incannulazione vena centrale, erogazione O_2, set per drenaggio toracico, valvole di Heimlich).

Collegamento telefonico con la Centrale Operativa e il DEA di riferimento.

1.1.9.3. Requisiti Organizzativi

Devono essere previsti specifici protocolli scritti di collegamento operativo con la Centrale Operativa, il DEA di riferimento, i medici di base del territorio di riferimento.

La dotazione di personale non può comunque essere inferiore a:

- un infermiere per tutto il tempo di apertura del servizio;
- un medico presente per tutto il tempo di apertura del servizio.

E' definito l'orario di attività, in genere articolato nelle 12/24 ore giornaliere, secondo specifiche esigenze territoriali.

Per i punti fissi, mobili o occasionali di primo intervento, si utilizzano, con la massima flessibilità, sia i medici in organico all'Azienda che i medici convenzionati per il sistema "*118*".

Deve essere prevista la registrazione dei casi trattati.

1.1.10. TRASPORTO INFERMI

1.1.10.1. Autoambulanza di trasporto

Devono essere presenti:

- Bombola di ossigeno più riserva (a norma del D.M. 3 gennaio 1990).
- Barella principale (possibilmente autocaricante).
- Barella atraumatica a cucchiaio.
- Pallone autoespansibile di rianimazione (con maschere facciali a tre misure). Set di medicazione.
- Biancheria monouso.
- Telo porta infermi con maniglie.
- Padella e pappagallo.
- Estintore da 3 Kg.
- Set di indumenti di protezione per trasporto infettivi.
- Clinical box per raccolta temporanea rifiuti sanitari.
- Defibrillatore semi – automatico.
- Tavola spinale lunga.

1.1.10.2. Autoambulanza di soccorso di base

Devono essere previste:

- Bombola di ossigeno più riserva (a norma del D.M. 3 gennaio 1990).
- Barella principale autocaricante.
- Barella atraumatica a cucchiaio e/o tavola spinale lunga con cinghie di contenzione e sistema di immobilizzazione del capo e del tronco.
- Pallone autoespansibile di rianimazione (con maschere facciali a tre misure).
- Set di medicazione.
- Set di medicazioni speciali per ustionati.
- Biancheria monouso.
- Telo porta infermi con maniglie.
- Padella e pappagallo.
- Aspiratore per secreti portatile a batteria e sondini.

- Set di collari cervicali rigidi con accesso tracheale.
- Steccobende a depressione o rigide per arti inferiori o superiori.
- Sfigmomanometro e fonendoscopio.
- Cannule di Guedel (tre misure).
- Set di ventimasck.
- Set per incanalamento vene periferiche.
- Soluzioni per reintegro volemia (cristalloidi in sacche in PVC o simili da 500 e 1000 ml – colloidi in sacche in PVC o simili da 500 ml).
- Set di indumenti di protezione per trasporto infettivi.
- Faro di ricerca fisso o portatile.
- Sedia portantina.
- Forbici taglia abiti e multiuso.
- Set da scasso per incidenti stradali.
- Clinical box per raccolta temporanea rifiuti sanitari.
- Telo porta infermi con maniglie.
- Set di lacci emostatici arteriosi e venosi.
- Estintore da 3 Kg.
- Defibrillatore semi–automatico.

1.1.10.3. Autoambulanza di soccorso avanzato, di soccorso avanzato di base ed eliambulanza

E' presente la seguente dotazione:

- Barella principale autocaricante con cinghie di contenzione posizionata su piano traslabile sul senso orizzontale (con possibilità di posizionamenti Trendelerburgh e anti-Trendelerburgh e piano carico ad altezza variabile).
- Barella atraumatica a cucchiaio, con cinghie di contenzione e sistema di immobilizzazione del capo e del tronco.
- Tavola spinale lunga con cinghie di contenzione e sistema di immobilizzazione del capo e del tronco.
- Trauma estricatore (mod. Ked o similari).
- Ventilatore polmonare automatico asportabile con modulazione adulti/bambini, con fonte autonoma di alimentazione, sia elettrica che con ossigeno (bombola da 2,5 lt./minimo e bombola di scorta).
- Monitor defibrillatore portatile con registratore e stimolatore esterno, a funzionamento manuale e con sistema di alimentazione sua a 12 v. che a 220 v. e batterie ricaricabili

(presenza di modulo semi automatico), possibilità di monitoraggio attività cardiaca tramite ECG a 12 derivazioni.

- Spremi sacca (almeno due).
- Aspiratore per secreti, portatile, utilizzabile anche per uso pediatrico e con batterie ricaricabili a funzionamento sia a 12 v. che a 220 v..
- Pompa a siringa per infusioni funzionante sia a 12 che 220 v..
- Impianto di ossigenoterapia centralizzato con almeno 2 prese di ossigeno in vano sanitario e 2 gorgogliatori.
- Sfigmomanometro aneroide e fonendoscopio con alloggiamento a parete.
- Steccobende in almeno tre misure, rigide o a depressione.
- Set completo di collari cervicali rigidi con acceso tracheale.
- Pallone rianimatore manuale per adulti e pediatrico (con maschere e cannule oro–faringee) e sacco reservoir (materiale autoclavabile in silicone)
- Saturimetro/pulsiossimetro portatile singolo o modulare con sensore rigido e predisposizione per monouso (per dita) e sensore per orecchio.
- Forbice di soccorso modello Robin o similare.
- Faro orientabile interno e impianto di illuminazione interno a lampade fluorescenti.
- Presa elettrica a 220 v. esterna con adeguato collegamento interno per la carica di tutte le attrezzature sanitarie.
- Adeguato numero di prese elettriche di 12 v. nel vano sanitario.
- Adeguati contenitori a parete per posizionamento del materiale farmacologico di scorta.
- N. 2 zaini di primo soccorso atti a contenere le dotazioni farmacologiche con interni a scomparti staccabili, atti alla preparazione di set: intubazione – ventilazione – medicazione – incanalamento – infusione – chirurgico (2 primari e 2 di scorta).
- N. 1 otoscopio.
- Laringoscopio a tre lame e mandrino.
- Faro di ricerca fisso o portatile.
- Torce di illuminazione a batteria portatili (minimo 2).
- Segnalatori a luce rossa e arancione intermittenti portatili (minimo 2).
- Caschi di protezione per l'equipaggio (n. 4 di colore bianco).
- Frigorifero riscaldatore per contenimento farmaci.
- Sacchetti di nylon sterili e ghiaccio istantaneo.
- Termometro epitimpanico.
- Clinical box per raccolta temporanea rifiuti sanitari.
- Set di indumenti di protezione per trasporto infettivi.

- Set da scasso per incidenti stradali.
- Telo porta infermi con maniglie.

1.1.10.4. Mezzo di soccorso avanzato su autovettura

Sono presenti:

- Aspiratore portatile.
- Cateteri vescicali e sondini naso–gastrici.
- Monitor–defibrillatore portatile.
- Farmaci essenziali.
- Set chirurgici.
- Set per medicazioni.
- Set per ustionati.
- Sfigmomanometro.
- Materiale di base necessario per la gestione di base e avanzata delle vie aeree e del circolo nell'adulto e nel bambino.
- Pulsiossimetro.
- Ventilatore.
- Monitor multifunzioni.
- Frigorifero riscaldatore per contenimento farmaci.
- Ossigeno portatile.

Attrezzature tecniche:

- estintore da 3 Kg;
- faro di ricerca fisso e torcia portatile.

I requisiti tecnici di detto materiale devono corrispondere a quelli indicati per i mezzi di soccorso avanzato.

1.1.10.5. Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (S.T.E.N.)

Finalità

Un servizio dedicato per il trasporto neonatale è la modalità più efficace per fornire la migliore assistenza al neonato che deve essere trasferito.

Tale servizio, sempre attivo nelle 24 ore, deve prevedere un numero di ambulanze adeguato a rispondere alle richieste di trasferimento. Ciascuna ambulanza deve realizzare almeno 400 trasporti l'anno.

Personale per turno per ambulanza: 1 neonatologo, 1 infermiere, 1 barelliere e 1 autista

Caratteristiche delle ambulanze

Le ambulanze e le attrezzature devono essere esclusivamente dedicate all'attività di trasporto per permettere la rapida attivazione, il perfetto coordinamento tra i diversi elementi e il loro stabile fissaggio o inserimento nell'incubatrice, così da creare il Sistema Incubatrice da Trasporto (SIT) da ancorare al veicolo.

Il SIT è una unità mobile completamente attrezzata per l'assistenza intensiva neonata le composta da:

- Incubatrice da trasporto (con: servocontrollo della temperatura; umidificatore con termostato; miscelatore e flussometro aria/O_2 ; bombola di O_2; bombola di aria o compressore; aspiratore; sistema di illuminazione; raccordi per il circuito dei gas dell'ambulanza).
- Ventilatore meccanico.
- Ossimetro.
- Saturimetro.
- Pompa per infusione o elastomero.
- Monitor cardio-respiratorio.
- Monitor per pressione arteriosa.
- Emogasanalizzatore portatile.
- Monitor per $PtcO_2$ e $PtcCO_2$.

Di tutta l'attrezzatura utilizzata per il trasporto devono essere facilmente reperibili e consultabili, anche in itinere, i manuali di istruzione.

Deve essere prevista la climatizzazione dell'abitacolo sanitario e l'uso di ammortizzatori speciali capaci di ridurre al minimo gli effetti del viaggio via terra.
Il SIT ha un peso che, a seconda delle varie ditte produttrici, oscilla tra 70 e 150 Kg, per cui bisogna prevedere un sistema di caricamento sul veicolo che utilizzi o un carrello autocaricante o uno scivolo manuale o un sistema di sollevamento automatico. Nel caso l'ambulanza sia dotata di

sollevatori, deve essere possibile poter caricare e scaricare il SIT anche in caso di guasto del sistema di sollevamento.

Le ambulanze utilizzate per il trasporto neonatale devono poter fornire al SIT energia elettrica sia a 12 volt (corrente continua) che a 220 volt (corrente alternata tramite generatore o inverter) poiché l'autonomia delle batterie delle attrezzature è piuttosto breve (in genere non supera le due ore).

1.2. AREA DI DEGENZA PER I RICOVERI A CICLO CONTINUATIVO.

L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero, attraverso sistemi mobili di separazione degli spazi destinati ai posti letto nelle camere multiple.

Devono essere garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere utilities per gli accompagnatori o visitatori, anche in prossimità dell'area di degenza.

1.2.1. Requisiti Strutturali

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi si rinvia ai provvedimenti ed alle direttive regionali in materia nonché ai singoli atti di autonomia aziendale.

L'area di degenza deve possedere i seguenti requisiti:

- le camere di degenza devono ospitare al massimo 4 posti letto. Deve essere previsto almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto. Nelle nuove costruzioni le camere di degenza devono ospitare al massimo 2 posti letto ed avere il servizio igienico direttamente accessibile dalla camera;
- la struttura deve disporre di camere ad un letto nella misura minima del 10% di tutte le camere di degenza, opportunamente distribuite;
- la superficie delle camere di degenza deve essere di almeno 9 mq/p.l.; per le camere multiple nel computo della superficie si considerano, oltre al locale di degenza, i locali accessori direttamente accessibili dalla camera (WC, antibagno) rispettando comunque per il locale di degenza la dimensione minima di 7 mq/p.l..

Per le camere di degenza multiple delle strutture sanitarie esistenti, la capacita ricettiva è validata in deroga ai previsti 9 mq/p.l. a condizione che sia rispettato lo standard dimensionale di 7 mq/p.l. utili per il locale di degenza e la disponibilità di un adeguato servizio igienico interno alla camera di degenza.

Oltre al rispetto delle dimensioni minime prescritte, una camera di degenza multipla per essere validata per la capacità ricettiva indicata deve garantire l'agibilità per i percorsi e le attività che si svolgono all'interno della camera (accesso e movimento di barelle e carrozzine, normali e urgenti operazioni del personale medico e non medico ai due lati di ciascun letto, attività determinate dal posizionamento degli arredi fissi, della porta e della finestra degli eventuali radiatori).

La dotazione minima di ambienti di supporto alle degenze è la seguente:

- per ogni Unità Operativa deve esserci una camera con bagno accessibili (D.P.C.M. 236/89) fino ad un massimo di 30 p.l. o comunque per piano;

- un locale per visita e medicazioni;
- un locale di lavoro, in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta;
- uno spazio per il dirigente infermiere con funzioni di coordinamento;
- un locale per medici;
- uno spazio/locale per soggiorno. Per le Unità di Degenza di Riabilitazione e Post-acuzie il soggiorno per ogni piano dovrà essere dimensionato in relazione al numero di degenti del piano;
- un locale/spazio per il deposito del materiale pulito;
- un locale per deposito attrezzature;
- un locale/spazio in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle;
- un locale, in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle;
- una cucinetta di reparto;
- servizi igienici per il personale;
- uno spazio attesa visitatori , anche in prossimità delle aree di degenza;
- un bagno assistito;
- per le degenze pediatriche devono essere previsti spazi attrezzati di soggiorno e attività ludiche, ricreative e formative ad uso esclusivo dei bambini, proporzionati al loro numero. Lo spazio nella camera di degenza deve consentire la presenza dell'accompagnatore;
- per le degenze psichiatriche devono essere previsti locali specifici per colloqui/visite/psicoterapie, locali soggiorno e spazi per le attività comuni, in relazione al numero dei posti letto. Gli spazi possono essere comuni per le degenze in fase di acuzie e per quelle in fase di post-acuzie. La struttura di ricovero garantisce nel presidio o in presidi ad essa collegati tutte le prestazioni e le procedure diagnostiche e strumentali necessarie per l'appropriato trattamento e processo terapeutico.
- per le degenze psichiatriche, il servizio di diagnostica per immagini (radiologia) può essere effettuato mediante apparecchiature radiologiche portatili e le prestazioni di laboratorio di analisi possono acquisite anche da strutture esterne al presidio;
- per le degenze nefrologiche deve essere previsto uno spazio isolato per pazienti immunodepressi e per pazienti in dialisi peritoneale.

1.2.2. Requisiti Impiantistici Tecnologici

Nelle camere di degenza la temperatura non deve essere inferiore a 20° nella stagione invernale e non deve essere superiore a 28° nella stagione estiva.

L'area di degenza dispone dei seguenti impianti:

- un impianto illuminazione di emergenza nelle camere e nei bagni;

- un impianto forza motrice nelle camere;
- una presa forza motrice per apparecchiature portatili di radiologia;
- un impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa;
- un impianto gas medicali: prese vuoto e ossigeno.

Deve inoltre disporre della seguente dotazione minima strumentale:

- carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione normale;
- carrello per la gestione terapia;
- carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico;
- ausiliatori maggiori e minori per la movimentazione dei pazienti non autosufficienti.

1.2.3. Requisiti Organizzativi

La dotazione organica del personale addetto all'area di degenza deve essere rapportata al volume, alle tipologie ed alla complessità assistenziale delle attività, secondo criteri specificati dalla normativa regionale.

Devono essere garantiti i requisiti organizzativi riportati nei punti 0.2 e in 1.0.2.

1.2.4. Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (S.P.D.C.)

Definizione e Finalità

Il S.P.D.C. è una Unità Operativa ospedaliera, integrata nel DSM di competenza territoriale, dove vengono attuati i trattamenti psichiatrici volontari (TSV) e obbligatori (TSO) in condizioni di ricovero.

Ogni S.P.D.C. ha uno specifico bacino di utenza definito in ambito regionale.

In particolare il S.P.D.C. svolge:

- attività di diagnosi e cura nei confronti dei pazienti ricoverati;
- attività di integrazione e collegamento garantendo la continuità terapeutica con le strutture ed i servizi territoriali di salute mentale del bacino di utenza;
- attività di consulenza e collegamento nei reparti e nei servizi dell'ospedale nel quale è ubicato;
- attività di consulenza presso il PSO, DEA di I e DEA di II livello;

- attività di documentazione e comunicazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica (A.S.P.).

Il S.P.D.C. è ubicato del contesto dei presidi ospedalieri delle Aziende USL, di Aziende Ospedaliere, di Policlinici Universitari, di Ospedali Classificati, di Ospedali sede di DEA di II livello, DEA di I livello, PSO, Punto di Primo Intervento.

Il ricovero in S.P.D.C. avviene sempre attraverso i servizi di emergenza e accettazione sopra indicati.

Il S.P.D.C. assicura contatto, sostegno e informazione alle famiglie dei pazienti ricoverati.

1.2.4.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

In riferimento alla peculiare tipologia degli utenti del Servizio, il S.P.D.C. deve possedere, in aggiunta a quanto previsto per l'area di degenza (punti 1.2.1. e 1.2.2.), i seguenti requisiti strutturali specifici:

- vetri antisfondamento;
- specchi infrangibili;
- possibile spazio esterno recintato di pertinenza del S.P.D.C.;
- possibili spazi idonei dedicati ai ricoverati tabagisti;
- spazi soggiorno e stanze di colloquio.

1.2.4.2. Requisiti Organizzativi

La dotazione minima di personale per un S.P.D.C. con 15 posti letto è la seguente:

- 9 medici;
- 2 Psicologi;
- 1 assistente sociale;
- 1 infermiere coordinatore;
- 20 infermieri;
- 4 tecnici della riabilitazione;
- 2 OSS e 3 ausiliari o personale equivalente di pulizia.

In base al bacino di utenza e al numero di ricoveri/anno effettuati può essere aumentato il numero dei medici e degli infermieri.
In caso di DH psichiatrico con almeno 2 p.l. annesso al S.P.D.C., la dotazione minima di personale è integrata con 1 medico, 1 psicologo, 2 infermieri.

1.2a EMERGENZA PSICHIATRICA IN ETA' EVOLUTIVA

Definizione e Finalità

E' un reparto ospedaliero che garantisce la gestione dell'Emergenza Psichiatrica per soggetti di età compresa fra 12 e 17 anni in diretta continuità con il circuito dell'emergenza territoriale. La presenza di un DEA e la presenza di reparti Pediatrici, di Psichiatria Adulti (SPDC), Neurologici, Neuroradiologici (dotati di T.A.C. e R.M.N.) e Neurofisiologici garantisce la corretta sinergia nella gestione delle condizioni di Emergenza. E' inoltre fondamentale che il reparto lavori in rete con l'A.R.E.S. 118.

La struttura ha un bacino di utenza regionale.

L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero, attraverso sistemi mobili di separazione degli spazi destinati ai posti letto nelle camere multiple.

Devono essere garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere utilities per gli accompagnatori o visitatori, anche in prossimità dell'area di degenza.

Il reparto psichiatrico di Emergenza per minori deve essere in grado di rispondere alla domanda in modo sollecito, specifico e adeguato ai bisogni del singolo paziente. Il trattamento dovrà essere il più possibile condiviso con il paziente prevedendo il consenso informato relativo del minore e dell'esercente la patria potestà. Nel caso si debba ricorrere ad un TSO o in tutte le situazioni di disaccordo tra minore e l'esercente la potestà genitoriale (minore bisognoso di cure urgenti, genitori contrari all'intervento; minore che non accetta le cure, genitori favorevoli) è necessario l'autorizzazione al ricovero da parte del Giudice Tutelare.

In particolare svolge:

- attività di valutazione multidisciplinare, diagnosi e cura nei confronti dei pazienti ricoverati;
- attività di integrazione e collegamento garantendo la continuità terapeutica con le strutture ed i servizi territoriali TSMREE del territorio di residenza del minore;
- attività di consulenza e collegamento nei reparti e nei servizi dell'ospedale nel quale è ubicato;
- attività di consulenza presso il PSO, DEA di I e DEA di II livello;
- attività di documentazione e comunicazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica (A.S.P.).
- assicura contatto, sostegno e informazione alle famiglie dei pazienti ricoverati

La necessità del ricovero dovrà essere valutata caso per caso dallo specialista NPI del reparto ospedaliero. In generale saranno considerate di particolare importanza, ai fini del ricovero per giovani di età compresa fra 12 e 17 anni, quelle condizioni caratterizzate da:

· Condizioni psichiche alterate che mettono a rischio la vita e la salute del paziente (suicidalità) o caratterizzate da aggressività eterodiretta non altrimenti contenibile;
· Grave sofferenza mentale relativa a quadri psicopatologici non gestibili in ambiente extraospedaliero;
· Disturbo da Abuso di Sostanze e disordini correlati quando in comorbidità con altre patologie psichiatriche.
· Crisi di agitazione psicomotoria in pazienti con Ritardo Mentale o altri disturbi dello sviluppo, quando non sia possibile un contenimento extraospedaliero;
· Particolari difficoltà dell'inquadramento diagnostico e dell'impostazione terapeutica che richiedano approfondimenti diagnostici o non effettuabili in ambito extra-ospedaliero.

L'organizzazione del reparto deve garantire la pronta risposta a tutte le situazioni di emergenza psichiatrica sopraelencate.

L'accesso in Pronto Soccorso da parte del paziente o della sua famiglia o tramite A.R.E.S. 118 sarà gestito dal DEA.
Dal DEA verrà richiesta la consulenza dello specialista NPI del reparto psichiatrico per minori che stabilirà la necessità del ricovero o rinvierà il caso. I sanitari del reparto dovranno allertare il TSMREE territoriale di residenza del paziente ricoverato e condividere il percorso sanitario in modo tale di garantire quanto più possibile la continuità terapeutica.

1.2a.1. Requisiti Strutturali

Il reparto deve possedere i seguenti requisiti strutturali:

- le camere di degenza devono ospitare al massimo 2 posti letto. Deve essere previsto almeno un servizio igienico ogni 2 posti letto. Nelle nuove costruzioni le camere di degenza devono ospitare al massimo 2 posti letto ed avere il servizio igienico direttamente accessibile dalla camera.
- la struttura deve disporre almeno di una camere singola;
- la superficie delle camere di degenza deve essere di almeno 9 mq/p.l.; per le camere multiple nel computo della superficie si considerano, oltre al locale di degenza, i locali accessori direttamente accessibili dalla camera (WC, antibagno) rispettando comunque per il locale di degenza la dimensione minima di 7 mq/p.l..

Per le camere di degenza multiple delle strutture sanitarie esistenti, la capacita ricettiva è validata in deroga ai previsti 9 mq/p.l. a condizione che sia rispettato lo standard dimensionale di 7 mq/p.l. utili per il locale di degenza e la disponibilità di un adeguato servizio igienico interno alla camera di degenza.

Oltre al rispetto delle dimensioni minime prescritte, una camera di degenza multipla per essere validata per la capacità ricettiva indicata deve garantire l'agibilità per i percorsi e le attività che si svolgono all'interno della camera (accesso e movimento di barelle e carrozzine, normali e urgenti

operazioni del personale medico e non medico ai due lati di ciascun letto, attività determinate dal posizionamento degli arredi fissi, della porta e della finestra degli eventuali radiatori).

La dotazione minima di ambienti di supporto alle degenze è la seguente:

- per ogni Unità Operativa deve esserci una camera con bagno accessibile (D.P.C.M. 236/89);
- un locale per visita e medicazioni;
- un locale di lavoro, in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta;
- uno spazio per il dirigente infermiere con funzioni di coordinamento;
- un locale per medici;
- un locale/spazio per il deposito del materiale pulito;
- un locale per deposito attrezzature;
- un locale/spazio in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle;
- un locale, in ogni piano di degenza, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle;
- una cucinetta di reparto;
- servizi igienici per il personale;
- uno spazio attesa visitatori , anche in prossimità delle aree di degenza;
- un bagno assistito;
- spazi attrezzati di soggiorno e attività ludiche, ricreative e formative ad uso esclusivo dei bambini, proporzionati al loro numero;
- possibile spazio esterno recintato di pertinenza
- locali specifici per colloqui/visite/psicoterapie, locali soggiorno e spazi per le attività comuni, in relazione al numero dei posti letto. La struttura di ricovero garantisce nel presidio o in presidi ad essa collegati tutte le prestazioni e le procedure diagnostiche e strumentali necessarie per l'appropriato trattamento e processo terapeutico.

il servizio di diagnostica per immagini (radiologia) può essere effettuato mediante apparecchiature radiologiche portatili e le prestazioni di laboratorio di analisi possono acquisite anche da strutture esterne al presidio.

1.2a.2. Requisiti Tecnologici

In riferimento alla peculiare tipologia degli utenti del reparto, lo stesso deve possedere, in aggiunta a quanto previsto per l'area di degenza, i seguenti requisiti strutturali specifici:

- vetri antisfondamento;
- specchi infrangibili.

1.2a.3. Requisiti Organizzativi

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi si rinvia ai provvedimenti ed alle direttive regionali in materia nonché ai singoli atti di autonomia aziendale.
La dotazione organica del personale addetto all'area di degenza deve essere rapportata al volume, alle tipologie ed alla complessità assistenziale delle attività, secondo criteri specificati dalla normativa regionale.

Devono essere garantiti i requisiti organizzativi riportati nei punti 0.2 e in 1.0.2.

La dotazione minima di personale, con specifica competenza nell'area dell'età evolutiva, per un reparto con 9 posti letto è la seguente:

- 7 medici specialisti in neuropsichiatria infantile (compreso il Responsabile);
- 2 psicologi;
- 1 assistente sociale;
- 1 infermiere coordinatore;
- 10 infermieri (per garantire copertura 24 ore e turni di notte);
- 3 educatori professionali;
- 5 OSS (per garantire anche turni di notte);
- 2 ausiliari o personale equivalente di pulizia.

L'entità numerica del personale necessario potrà essere modificata in base ad una valutazione delle attività che sarà effettuata annualmente.

1.3. AREA DI DEGENZA PER RICOVERI A CICLO DIURNO (DAY HOSPITAL)

Il Day Hospital, anche se è a destinazione interdisciplinare, deve disporre di spazi per il trattamento diagnostico-terapeutico e per il soggiorno dei pazienti in regime di ricovero a tempo parziale (di tipo diurno).

1.3.1. Requisiti Strutturali

Il Day Hospital è un modello organizzativo che può essere localizzato in spazi adiacenti ma separati dagli ambienti di ricovero ordinario, in spazi dedicati all'interno di un dipartimento o in spazi comuni, centralizzati, utilizzabili da differenti unità operative.

La dotazione minima di ambienti è la seguente:

- uno spazio da dedicare alle attività di segreteria, registrazione, archivio;
- uno spazio attesa;
- locali visita/trattamento in numero proporzionale ai pazienti trattati giornalmente;
- un locale lavoro infermieri;
- una cucinetta anche in comune con le aree dedicate al ricovero ordinario;
- un deposito pulito anche in comune con le aree dedicate al ricovero ordinario;
- un deposito sporco anche in comune con le aree dedicate al ricovero ordinario;
- un deposito attrezzature anche in comune con le aree dedicate al ricovero ordinario;
- servizi igienici distinti per gli utenti e per il personale;
- un bagno accessibile;
- ambienti dedicati alla degenza con superficie non inferiore a 6 mq/p.l. o poltrona. Ogni ambiente non ospita più di 6 posti letto equivalenti, fatta eccezione per una articolazione dell'ambiente in box singoli;
- in relazione alla tipologia delle prestazioni possono essere previsti letti o poltrone;
- un'area soggiorno/pranzo, qualora la struttura non disponga di locali ristorante/mensa o comunque di percorsi di ristorazione per i pazienti.

1.3.2. Requisiti Tecnologici

I requisiti sono gli stessi dell'area degenza del punto 1.2

La dotazione minima strumentale è la seguente:

- attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e la rianimazione cardiopolmonare di base di cui deve essere controllata la funzionalità;
- nel locale visita trattamento, attrezzature idonee in base alle specifiche attività.

1.3.3. Requisiti Organizzativi

La dotazione organica del personale deve prevedere:

- un infermiere dirigente con funzioni di coordinatore dedicato nel caso di Day Hospital autonomo rispetto alle altre aree di degenza;
- personale di assistenza rapportato al volume delle attività e delle patologie trattate;
- la presenza nel DH, nell'arco delle ore di attività, di almeno un medico e un infermiere, anche non dedicati.

Per ciascun paziente ricoverato in Day Hospital deve essere compilata e continuamente aggiornata (ad ogni ricovero) la cartella clinica.

1.3a. DAY HOSPITAL PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Finalità e Destinatari

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) possono essere definiti come persistenti disturbi del comportamento alimentare o di comportamenti finalizzati al controllo del peso, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta. Secondo il DSM IV-TR (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) comprendono l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa, il Disturbo dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificato e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (in inglese Binge Eating Disorder). Tutte le strutture operanti, pubbliche e private, che prendono in carico pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare sono elementi funzionali di una rete che, avendo come centro di coordinamento del progetto terapeutico del paziente il Day Hospital, deve operare in stretta integrazione con le strutture di degenza del sistema ospedaliero e con le strutture distrettuali territoriali, sia nella fase sub-acuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia per pazienti provenienti dal territorio. Il ricovero ospedaliero in acuzie è necessario, di norma, nei casi in cui vi siano condizioni cliniche che per la gravità del quadro rappresentato possono compromettere la sopravvivenza del paziente. Anche in questo caso deve venir garantito un intervento integrato sia dal punto di vista psicologico che da quello internistico-nutrizionale.

Il Day Hospital (D.H.) è una struttura semiresidenziale di tipo ospedaliero funzionalmente collegata alle strutture mediche dell'ospedale e ai servizi territoriali nella quale vengono articolati programmi terapeutici e riabilitativi a breve e medio termine.
Ha la funzione di affrontare le situazioni sub-acute emergenti, con finalità diagnostiche, di prevenzione al ricovero, di trattamento precoce e di avvio o di recupero del progetto terapeutico, di definizione del programma terapeutico del paziente. La sua configurazione strutturale dovrà prevedere la presenza di locali idonei per i trattamenti, che possono andare da quelli farmacologici infusivi a quelli psicoterapeutici individuali e di gruppo.
Effettua attività di valutazione psicodiagnostica, psicologico-clinica, di monitoraggio clinico multidimensionale oltre ad una approfondita analisi della motivazione al trattamento.

Costituisce un'integrazione della fase ambulatoriale, comprendendo una valutazione internistica più approfondita. Garantisce il monitoraggio clinico dei pazienti in regime di residenzialità e semiresidenzialità ed eventuali successivi controlli dopo le dimissioni.

Il D.H. costituisce pertanto è una struttura intermedia le cui funzioni non sono solamente quelle di accompagnare i pazienti nel percorso di uscita da una situazione di scompenso e favorirne il reingresso nella società, ma di realizzare strutturalmente e funzionalmente un'area terapeutica il cui accesso è particolarmente facilitato.
Nel caso di pazienti minorenni devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente stesso.
Inoltre le attività e le prestazioni, rivolte agli utenti minorenni ed alle loro famiglie, comprendono un collegamento funzionale con i servizi territoriali competenti del distretto socio-sanitario di pertinenza per la presa in carico e una collaborazione operativa con i servizi socio-assistenziali ed

educativi, collegamenti trasversali con gli altri servizi dell'area materno infantile, del Distretto sanitario, comprese le strutture residenziali e di ricovero, la medicina legale, i servizi di Salute Mentale, con il pediatra di libera scelta/medico di medicina generale, e longitudinali per progetti per la continuità terapeutica, la socializzazione e la presa in carico nelle età successive con i servizi di Salute Mentale.
Nei casi in cui vi siano condizioni cliniche che per la gravità del quadro rappresentato possono compromettere la sopravvivenza del paziente, il ricovero ospedaliero si rende necessario ed assume funzioni di "salva-vita". Anche in regime di degenza deve essere assicurato un intervento integrato sia dal punto di vista internistico-nutrizionale che da quello psicologico e psichiatrico, avvalendosi del personale del Day Hospital come consulenti. Il ricovero deve effettuarsi di norma presso lo stesso ospedale, nel reparto più idoneo al problema in atto: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Terapia Intensiva, ecc.. Deve in ogni caso essere garantita la continuità assistenziale nella fase di post-dimissione dalla struttura.

1.3a.1. Requisiti Strutturali

Si fa riferimento ai requisiti del Day Hospital Psichiatrico (punto 4.4.3)

Locali e spazi in relazione al volume di attività.

1.3a.2. Requisiti Organizzativi

- Apertura non inferiore a 36 ore settimanali da suddividere in 5 o 6 giorni
- Di norma ubicato in presidi ospedalieri, garantendo comunque il riconoscimento formale dei posti letto equivalenti, l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative specifiche, ed il personale necessario.
- Collegamento funzionale con una struttura di ricovero e con altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al D.P.R. 7 aprile 1994 e per la tutela della salute mentale in età evolutiva.

La dotazione minima di personale (con specifica competenza nell'area dei disturbi del comportamento alimentare) per un D.H. con 2 posti letto è di 1 psichiatra, 1 psicologo, 2 infermieri. Le dotazioni strutturali e di personale del D.H. possono essere ampliate in relazione a programmi e funzioni specifiche assunti dal D.H. in relazione a specifici bisogni della popolazione del bacino di utenza.

1.4. AREA DI DEGENZA PER RICOVERI A CICLO DIURNO (DAY SURGERY)

Premessa

Con il termine di chirurgia di giorno (DAY SURGERY) si intende l'effettuazione, con opportune modalità cliniche, organizzative ed amministrative, di interventi chirurgici o anche di procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore di giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale.

Per particolari necessità può essere programmato il pernottamento (one Day Surgery).

La Day Surgery richiede opportuna formazione tecnico professionale del personale che vi opera e si caratterizza per la specificità di alcuni aspetti organizzativi delle attività cliniche, quali la concentrazione nel tempo e nello spazio delle risorse e delle attività, l'utilizzo esclusivo ad attività elettive e programmate con esclusione delle prestazioni di emergenza-urgenza, la chiara definizione delle procedure e dei percorsi, la particolare attenzione nel garantire la continuità assistenziale.

L'attività di Day Surgery può essere organizzata secondo tre tipologie:

a. unità integrata di Day Surgery monospecialistica o plurispecialistica posta all'interno di una struttura di ricovero a ciclo continuo;
b. un presidio (ovvero unità autonoma dedicata) di Day Surgery costituito da una struttura esclusivamente dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno, dotato quindi di ambulatori, area di degenza e sala operatoria, spazialmente e funzionalmente collegati e rispondenti a criteri di centralizzazione degli spazi e delle funzioni;
c. posti letto dedicati nell'ambito di unità di degenza ordinaria presenti nelle strutture di ricovero per acuti.

Finalità

La Day Surgery costituisce un regime assistenziale diversificato dal ricovero ordinario, che consente un ampliamento dell'offerta sanitaria per cittadini e una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, contribuendo altresì al miglioramento complessivo dell'efficienza delle strutture.

Nel garantire idonee condizioni di sicurezza, riducendo al contempo la permanenza dei pazienti all'interno delle strutture sanitarie, la Day Surgery consente anche di ottenere un minore disagio connesso all'esecuzione di diversi interventi chirurgici.

Lo sviluppo dell'attività di Day Surgery si inserisce nell'ambito del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e del miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie.

La Regione si riserva di emanare uno specifico elenco delle prestazioni erogabili in regime di Day Surgery entro e non oltre 30 gg dalla pubblicazione del presente documento.

Struttura organizzativa e tipologie di erogazione del servizio

L'attività di Day Surgery può essere organizzata secondo tre tipologie di struttura con diversi gradi di efficienza.

1. **Unità integrata** di Day Surgery, monospecialistica o plurispecialistica, posta all'interno di una struttura di ricovero a ciclo continuo pubblica o privata, dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno per acuti. L'unità di Day Surgery può essere costituita da uno dei seguenti modelli:

   - Dotazione di spazi di degenza, di ambulatori di sale operatorie dedicati alla Day Surgery, in relazione ad un elevato volume ed alla complessità della casistica trattata.
   - Dotazione di spazi di degenza e ambulatori dedicati alla Day Surgery ed utilizzo programmato di sale operatorie in comune con altre unità operative.

   L'attivazione di più unità dedicate monospecialistiche all'interno dello stesso nosocomio non è considerata rispondente a criteri di efficienza ed efficacia, in quanto moltiplica le esigenze frammentando al contempo le risorse.

2. **Presidio** di Day Surgery, costituito da una struttura esclusivamente dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno, dotato quindi di ambulatori, area di degenza e sala operatoria, spazialmente e funzionalmente collegati e rispondenti a criteri di centralizzazione degli spazi e delle funzioni. Il presidio deve essere inoltre funzionalmente collegato ad una struttura ospedaliera che effettui ricoveri ordinari per acuti, che sia situata ad una distanza compatibile con l'efficace gestione di eventuali complicanze e con la quale sia preventivamente stabilita una convenzione per la gestione dei casi non dimissibili nell'arco delle ore diurne. Devono essere, altresì, definite e formalizzate le procedure per la gestione delle emergenze nell'ambito della rete dell'emergenza–urgenza.

3. **Posti letto dedicati** nell'ambito di unità di degenza ordinaria, da utilizzarsi soltanto qualora il ricorso a tale attività sia sporadico e occasionale, e non sussistano perciò condizioni idonee all'attivazione di una unità operativa di Day Surgery.

L'attivazione di presidi autonomi di Day Surgery può essere utilizzata, in via prioritaria ma non esclusiva, per consentire la riconversione delle strutture della rete ospedaliera regionale. In tali presidi vanno previste modalità per assicurare l'effettuazione di indagini di base nell'ambito della biochimica clinica e dell'ematologia ed emocoagulazione, nonché le indagini di diagnostica per immagini e di tutti gli altri servizi che si rendano necessari in relazione alla tipologia delle prestazioni eseguite.

Destinatari e criteri clinici di riferimento

L'età del paziente, raccomandata tra 6 mesi e 75 anni dalle società scientifiche, non costituisce un limite formale, ma deve essere valutata in rapporto ai fattori clinici ed organizzativi.

Sono da considerare idonei i pazienti appartenenti alle classi di rischio I e II dell'American Society of Anesthesiologists (A.S.A.).
I pazienti A.S.A. III possono essere inclusi soltanto dopo accurata valutazione e accordo tra chirurgo e anestesista.

1.4.1. Requisiti Strutturali

Area degenza

Devono essere previsti:

- Area registrazione/segreteria/archivio.
- Attesa con servizi igienici di cui almeno uno accessibile a persone disabili.
- Zona di osservazione postoperatoria, anche dotata di più posti letto, purché sia garantita la privacy del paziente.
- Eventuali camere di degenza, in possesso dei requisiti di cui al punto 1.2.1. sono dotate di non più di quattro posti letto con servizio igienico.
- Locale visita e medicazioni.
- Locale lavoro per il personale di assistenza.
- Locale coordinatore infermieristico.
- Locale medici.
- Spogliatoio del personale dotato di servizi igienici.
- Depositi pulito, sporco dotato di vuotato io e lavapadelle, attrezzature.

Reparto operatorio

Si rinvia a quanto specificatamente previsto per il Reparto Operatorio (punto 1.5.1).

1.4.2. Requisiti Tecnologici

Area degenza

Si rinvia a quanto specificatamente previsto per l'Area di degenza (punto 1.2.2).

Reparto operatorio

I requisiti delle sale operatorie sono gli stessi delle sale del complesso operatorio (punto 1.5).

All'interno di strutture complesse che presentano aree di degenza, servizi speciali di diagnosi e cura, ambulatori, ecc., alcuni requisiti strutturali (locali, spazi, ecc.) e tecnologici (impianti, attrezzature, ecc.) possono essere comuni, purché siano dimensionati avuto riguardo alla potenzialità della struttura e ne sia garantita la funzionalità.

1.4.3. Requisiti Organizzativi

L'attività di Day Surgery deve rientrare in un'organizzazione a ciclo diurno con orario di apertura del reparto di degenza che non preveda il pernottamento.

Per coprire particolari necessità assistenziali di ricoveri che richiedano un pernottamento programmato (one day surgery) le Aziende Sanitarie devono avvalersi del ricovero di un giorno in regime di degenza ordinaria.

Per operare in strutture di Day Surgery è richiesta una qualificazione professionale corrispondente ad esperienza lavorativa di almeno un quinquennio nella branca di appartenenza, preferibilmente integrata da elementi di formazione specifici.

Il numero di chirurghi, anestesisti ed infermieri deve essere rapportato al tipo ed al volume delle attività.

Per ogni unità operativa viene formalmente individuato un referente per la Day Surgery. Tale disposizione si applica esclusivamente alla tipologia di cui al punto c. in Premessa.

Per le unità dedicate autonome o integrate deve essere prevista la figura di un coordinatore medica.

Nell'arco delle ore di attività di Day Surgery deve essere garantita la presenza di almeno un medico appartenente alla disciplina richiesta per l'espletamento dell'attività, un medico specialista in anestesia/rianimazione e una figura infermieristica.

Le figure fondamentali del programma di Day Surgery sono:

- il Coordinatore/Responsabile di struttura dedicata alla Day Surgery (dirigente medico di anestesia–rianimazione o di chirurgia);
- la figura infermieristica di coordinamento dell'unità di Day Surgery (infermiere con adeguato titolo).

Il Coordinatore/Responsabile è individuato all'interno dell'Atto di autonomia aziendale nell'ambito del quale sono individuate le modalità secondo le quali:

- partecipa alla programmazione dei fabbisogni di risorse;
- partecipa alla formulazione dei regolamenti interni per le procedure di ammissione, cura e dimissione e per le procedure di controllo di qualità;
- promuove l'identificazione dei protocolli diagnostico – terapeutici per la cura dei pazienti, la definizione dei regolamenti per il personale medico ed infermieristico, lo sviluppo dei programmi di aggiornamento, di qualificazione e di ricerca;
- è responsabile dell'audit interno;
- garantisce il coordinamento delle varie attività ed il rispetto delle procedure secondo le modalità definite con i referenti della unità operative afferenti alla Day Surgery;
- promuove le iniziative di formazione necessarie all'avvio della Day Surgery.

I presidi di Day Surgery (unità autonome dedicate) devono completare la dotazione organica con un direttore sanitario o vice direttore sanitario, secondo le modalità previste nei requisiti organizzativi di carattere generale (punto 1.0.2).

Dovranno essere predisposte specifiche procedure clinico organizzative per la fase di ammissione, cura e dimissione del paziente garantendo la continuità assistenziale.

Nel caso di prestazioni di radiologia interventistica deve essere garantita la presenza di un tecnico sanitario di radiologia medica.

I farmaci ed il materiale necessario per il trattamento di eventuali complicanze devono essere disponibili ed utilizzabili immediatamente.

1.5. REPARTO OPERATORIO

Il numero complessivo di sale operatorie deve essere definito, per ogni singola struttura, in funzione della tipologia e complessità delle prestazioni per le specialità che vengono erogate, ed in particolare in relazione alla attivazione o meno della Day Surgery.

Il Reparto Operatorio deve essere articolato in zone progressivamente meno contaminate, dall'ingresso fino alle sale operatorie; appositi cartelli devono indicare chiaramente l'abbigliamento richiesto all'interno delle varie zone.

Nel Reparto Operatorio deve essere garantito un sistema strutturale che consenta di differenziare i percorsi per sporco o pulito, oppure, in alternativa, un sistema organizzativo che consenta la raccolta e la sigillatura in appositi contenitori puliti del materiale sporco all'interno delle stesse aree in cui è stato prodotto. Tali contenitori possono così transitare nel reparto per essere trasferiti all'esterno.

Le superfici delimitanti gli ambienti del Reparto Operatorio devono:

- permettere una facile pulizia;
- minimizzare le possibilità di accumulo di polveri o residui;
- essere generalmente compatibili con gli agenti chimici e fisici utilizzati, in particolar modo con gli agenti detergenti e sanificanti;
- essere idrofiliche;
- resistere agli urti.

1.5.1 Requisiti Strutturali

La dotazione minima di ambienti per il reparto è la seguente:

- uno spazio filtro di entrata degli operandi;
- locali filtro/spogliatoio per il personale addetto, dotati di relativi servizi igienici con doccia e lavaviso per il rischio biologico;
- locale/zona preparazione utenti;
- locale/zona risveglio utenti;
- locale/zona preparazione personale addetto;
- la sala operatoria:
  - le sale per piccoli interventi hanno una superficie non < 25 mq
  - le sale di chirurgia di media assistenza hanno una superficie non < 30 mq

- l'idoneità delle sale operatorie per le alte specialità dovrà essere verificata in relazione alla configurazione della sala con tutte le attrezzature;

- un deposito presidi e strumentario chirurgico e materiale pulito;
- un deposito armamentario e materiale di medicazione;
- un locale deposito materiale sporco;
- una sala gessi disponibile all'interno della struttura per le unità di ortopedia traumatologia.

Gli ambienti devono possedere i seguenti requisiti:

- superfici facilmente decontaminabili, resistenti al lavaggio e alla disinfezione;
- pavimentazione antistatica e conduttiva.

1.5.2. Requisiti Tecnologici

Il reparto operatorio deve disporre dei seguenti impianti:

- un impianto di condizionamento ambientale che assicuri:
  - una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24 °C (escluse le cardiochirurgie)
  - una umidità relativa estiva ed invernale del 40-60%
  - un filtraggio dell'aria del 99,97% mediante filtri assoluti terminali nelle sale e presale
  - in caso di flusso turbolento, un ricambio aria/ora (aria esterna senza ricircolo) di minimo 15 v/h (20 v/h per le sale operatorie in cui si effettuino attività di cardiochirurgia, ortopedia o neurochirurgia); in caso di flussi laminari, ulteriori ricambi orari (rispetto ai 15 senza ricircolo) provenienti comunque dallo stesso ambiente e filtrati terminalmente con filtro assoluto al 99,95%
  - una pressione positiva a cascata dalla sala operatoria agli ambienti confinanti (di minimo 5 Pascal tra due ambienti confinanti);
  - pressostato differenziale con allarme acustico sulle batterie di filtri assoluti;

- un impianto di gas medicali e un impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegati alle apparecchiature di anestesia. Le stazioni di riduzione della pressione dei gas medicali devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- un impianto rilevazione incendi;
- un impianto ottico e acustico di allarme segnalazione di pressione (alta-bassa) gas medicali e/o guasti all'impianto;

- un gruppo di continuità assoluto.

La dotazione strumentale minima deve essere la seguente:

a) Nel reparto:

- frigoriferi per la conservazione di farmaci ed emoderivati dotati di termometro, dotati di allarmi e distinti per farmaci ed emoderivati;
- un amplificatore di brillanza;
- una autoclave (a norma pr UNI EN 13060 e sue evoluzioni in classe B oppure UNI EN 285) per la sterilizzazione d'emergenza del materiale chirurgico adatta alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi e sottoposta a qualifica fisica e microbiologica annuale (UNI EN 554);
- dispositivi di protezione individuale;
- un gruppo per ossigenoterapia;
- un defibrillatore con cardiomonitor;
- un aspiratore per broncoaspirazione;
- all'occorrenza le seguenti apparecchiature:
  - broncoscopio
  - misuratore dei gas anestetici ambientali
  - sistemi di riscaldamento paziente
  - sistemi di recupero sangue
  - sistemi di monitoraggio emodinamico cruento;
- ventilatori automatici e apparecchiature di monitoraggio (P.A. invasiva e non, capnometria, saturimetro, ECO) nell'area risveglio;
- set monopaziente per gli interventi di tipo anestesiologico.

b) Per ogni sala operatoria:

- un apparecchio per anestesia con sistema di evacuazione dei gas dotato anche di spirometro e sistema di monitoraggio della concentrazione di ossigeno erogato e comprensivo di allarme per eventuale deconnessione del paziente e per i barotraumi;
- un respiratore automatico dotato anche di allarme per deconnessione paziente;
- un monitor per la rilevazione dei parametri vitali;
- un defibrillatore;
- un pallone Ambu;

- un elettrobisturi;
- un carrello portaferri;
- il carrello per l'anestesia;
- aspiratori distinti chirurgici e per broncoaspirazione;
- una lampada scialitica, dotata di gruppo di continuità esclusivo dedicato;
- un diafanoscopio a parete;
- container monopaziente appropriati per biancheria e garze sterili;
- container per teleria sporca;
- container per liquidi biologici e reperti anatomici;
- container per taglienti a chiusura ermetica per l'allontanamento dello strumentario (D.P.R.28/9/1990);
- strumentazione, confezionata in set monopaziente, adeguata per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche;
- container a chiusura ermetica per l'allontanamento dello strumentario sporco;
- relativamente all'impianto dei gas medicali, almeno due prese per vuoto, due prese per ossigeno, due prese per aria compressa e due prese per N_2O;
- per la specialità di ortopedia: il tavolo operatorio ortopedico;
- per la specialità di oculistica: letto operatorio per oculistica, microscopio operatorio, crio-diatermo-coagulatore, apparecchio per aspirazione, infusione e vitrectomia;
- per la specialità di otorinolaringoiatria: tavolo operatorio per ORL, microscopio operatorio;
- per la specialità di urologia: diatermocoagulatore, uretrocistoscopio con ottica diagnostica ed operatoria;
- per la specialità di neurochirurgia: tavolo operatorio per neurochirurgia, aspiratore ad ultrasuoni, microscopio operatorio;
- per le specialità di oculistica, otorinolaringoiatria e neurochirurgia, il requisito può essere derogato ove ci sia la disponibilità di un letto multidisciplinare.

1.5.3 Requisiti Organizzativi

Ogni reparto operatorio, oltre al rispetto di quanto indicato ai punti 0.2. e 1.0.2., deve possedere i seguenti requisiti organizzativi:

- la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia e al volume degli interventi chirurgici; l'attivazione di una sala operatoria deve comunque prevedere almeno: un responsabile del gruppo operatorio, un medico anestesista, due chirurghi, due infermieri;
- deve essere presente un documento che descriva tutte le prestazioni offerte dal servizio;

- l'organizzazione del lavoro deve prevedere le procedure per fornire risposte adeguate sia alle richieste routinarie, sia alle richieste in emergenza/urgenza;
- deve essere previsto un documento informativo per i pazienti che descriva le modalità assistenziali ed i diritti tutelati.

In relazione alla tipologia, il reparto è organizzato per eseguire analisi estemporanee intra operatorie.

1.6. AREA TRAVAGLIO PARTO

L'Unità Perinatale costituisce unità di assistenza per gravidanze e neonati fisiologici. L'attività viene svolta a livello ambulatoriale, area di degenza, area travaglio parto.
All'interno della stessa struttura devono essere disponibili le seguenti prestazioni diagnostiche: ecografia ostetrica, radiologia, le comuni analisi chimico-cliniche ed immunoematologiche.
L'area travaglio parto deve disporre di spazi per lo svolgimento dei parti, anche in regime di urgenza e per l'attività chirurgica di tipo ostetrico.

1.6.1 Requisiti Strutturali

L'area travaglio-parto è autosufficiente per arredamento ed attrezzature e consente l'accesso di una
persona a scelta della paziente.
La dotazione minima di ambienti è la seguente:
- una zona filtro per le partorienti;
- una zona filtro per il personale addetto;
- zona osservazione post partum;
- isola neonatale localizzata all'interno della sala parto o comunicante con questa (area contigua);
- un ambiente per la sterilizzazione d'emergenza del materiale chirurgico nel caso non esista la centrale di sterilizzazione;
- un deposito presidi e strumentario chirurgico;
- servizi igienici per le partorienti;
- un deposito materiale sporco;
- un deposito materiale pulito.

Le sale travaglio-parto, le sale parto-operatorie e le sale parto devono avere una superficie minima di 30 mq comprensiva dell'isola neonatale;
Il pavimento e le pareti devono essere lavabili e disinfettabili con garanzia di antistaticità dei pavimenti.

I livello perinatale

L'area travaglio-parto deve consentire l'espletamento di almeno due parti in contemporanea, con un'area aggiuntiva di emergenza in cui sia possibile effettuare un ulteriore parto in contemporanea,
e può avere due tipologie differenti:
- Tipologia 1 (raccomandata):

due sale dotate ciascuna di un solo letto, trasformabile in letto da parto munito di cardiotocografo, per l'assistenza al parto
- Tipologia 2:

un'area travaglio con almeno due letti, con appositi separatori mobili per garantire la riservatezza per le pazienti che vi sono ricoverate. Ogni posto letto deve avere a disposizione un cardiotocografo;
un'area parto con almeno due letti da parto e separatori mobili per garantire la riservatezza.
È inoltre presente una sala operatoria nello stesso edificio, preferibilmente sullo stesso piano, in grado di essere attivata in caso di emergenza.

II livello perinatale

La dotazione minima di ambienti è la seguente:
- 3 sale travaglio-parto dotate ciascuna di un solo letto. Oltre i 2000 parti/anno tali sale devono essere incrementate di 1 unità ogni 500 parti.
- 1 sala parto di emergenza.
- 1 sala operatoria sempre pronta e disponibile 24 ore su 24 per le emergenze ostetriche, inserita nell'area travaglio-parto e dotata di un'area specificamente destinata alla rianimazione del neonato.
- Disponibilità di una ulteriore sala operatoria d'emergenza nel presidio
- Ambulatorio di ostetricia e gravidanze a rischio (per le UOP collocate in CdC accreditate, la presenza di un ambulatorio ostetrico accreditato, esclusivamente dedicato a gravidanze a rischio, deve essere coerente con la normativa regionale riferita all'attività ambulatoriale (specialistica).

III livello perinatale

La dotazione minima di ambienti è la seguente:
- 4 sale travaglio-parto dotate ciascuna di un solo letto fino a 2000 parti/anno (n. 3 sale se i parti/anno sono <1500). Tali sale devono essere incrementate di 1 unità ogni 500 parti in più.
- 1 sala parto di emergenza.
- 2 sale operatorie esclusive per l'ostetricia inserite nell'area travaglio-parto.
- Disponibilità di una ulteriore sala operatoria d'emergenza nel presidio
- Ambulatorio di ostetricia e gravidanze a rischio (per le UOP collocate in CdC accreditate, la presenza di un ambulatorio ostetrico accreditato, esclusivamente dedicato a gravidanze a rischio, deve essere coerente con la normativa regionale riferita all'attività ambulatoriale specialistica).

1.6.2. Requisiti Tecnologici

All'interno del presidio sono garantite le seguenti prestazioni: esami Rx con apparecchio portatile, diagnostica ecografia, emogasanalisi.
L'area travaglio-parto dispone dei seguenti impianti:
- collegamento con un impianto di supporto elettrico di emergenza centralizzato.
- un impianto di condizionamento ambientale che assicuri:
    - una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24 °C
    - una umidità relativa estiva ed invernale compresa tra 30-60%
    - un ricambio aria/ora (aria esterna senza ricircolo) di 6 v/h; in caso di flussi laminari, ulteriori ricambi orari (rispetto ai 6 senza ricircolo) provenienti comunque dallo stesso ambiente e filtrati terminalmente con filtro assoluto al 99,95%;
- un impianto di gas medicali e un impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegati alle apparecchiature di anestesia. Le stazioni di riduzione della pressione dei gas medicali devono essere doppie per ogni gas medicale/tecnico e tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;
- un impianto rilevazione incendi;
- un impianto ottico e acustico di allarme segnalazione di pressione (alta e bassa) dei gas medicali e/o guasti all'impianto;
- un gruppo di continuità assoluto;
- un impianto di chiamata dei sanitari con segnalazione acustica e luminosa.

La dotazione strumentale minima deve essere la seguente:
- un letto idoneo per le diverse tipologie di sale;
- un defibrillatore;
- un orologio contasecondi a muro;
- una autoclave (a norma pr UNI EN 285) per sterilizzazione d'emergenza del materiale chirurgico adatta alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi e sottoposta a qualifica fisica e microbiologica annuale (UNI EN 554);
- un elettrocardiografo;
- 2 rilevatori di pressione arteriosa incruenti per adulti;
- 2 saturimetri pulsati;
- 2 cardiotocografi;
- 1 apparecchio anestesia con farmaci relativi, completo di tutti gli accessori;
- collegamenti fissi per aspirazione, protossido di azoto, ossigeno;
- 1 apparecchio per aspirazione;
- Almeno 2 pompe da infusione (per il II ed il III livello perinatale, almeno 1 pompa da infusione per ognio posto travaglio/parto);
- 1 apparecchio vacuum (per ventosa) e forcipe con relativi accessori sterili;
- 3 set sterili pronti per l'assistenza al parto;
- illuminazione adeguata fornita da lampada al soffitto tipo scialitica e da faro mobile orientabile;
- accessibilità a strumenti di prima urgenza in caso di emorragia (cristalloidi per via endovenosa, plasma expanders, 2 unità di sangue 0 negativo o compatibile ed organizzazione tale da garantire sangue compatibile entro un'ora in quantità adeguata mediante protocolli predefiniti);
- 1 ecografo per procedure diagnostiche in caso di travaglio distocico;
- protocolli per l'assistenza alla gravidanza a basso rischio, al parto, alle condizioni di patologia (ipertensione gestazionale, diabete gestazionale, diagnosi e terapia del parto prematuro, PROM, interpretazione CTG, prevenzione sepsi neonatale, incompatibilità Rh, induzione del parto, distocia di spalla, assistenza attiva al III stadio, emorragia del post-partum);

II livello perinatale

Ogni posto letto deve avere a disposizione un cardiotocografo, un collegamento fisso per vuoto e O_2, una lampada scialitica.
È possibile effettuare la determinazione dell'equilibrio acido-base neonatale con prelievo da sangue cordonale al parto.
Nel presidio sono inoltre disponibili le seguenti attrezzature/servizi:
- Ecografo
- Apparecchio radiologico portatile
- Apparecchio per equilibrio acido-base ed emogasanalisi
- Elettrocardiografo
- Diagnostica batteriologica
- Tutte le ricerche ematochimiche, immunoematologiche e colturali necessarie, con l'uso di micrometodi
- Chirurgia, Cardiologia, Radiologia
- Centro emotrasfusionale (anche in convenzione con altro Istituto con protocollo operativo)

III livello perinatale

Ogni posto letto deve avere a disposizione un cardiotocografo, un collegamento fisso per vuoto e O_2, una lampada scialitica.
È possibile effettuare la determinazione dell'equilibrio acido-base neonatale con prelievo da sangue cordonale al parto.
Nel presidio sono inoltre disponibili le seguenti attrezzature/servizi:
- Apparecchio radiologico portatile
- Apparecchio per equilibrio acido-base ed emogasanalisi
- Elettrocardiografo
- Diagnostica batteriologica
- Tutte le ricerche ematochimiche, immunoematologiche e colturali necessarie, con l'uso di micrometodi
- Disponibilità ad usufruire del servizio emotrasfusionale, del laboratorio e di indagini come TAC, RMN, eco doppler ed indagini Rx complesse 24 ore su 24.
- Chirurgia, Cardiologia, Radiologia, Centro emotrasfusionale, Anatomia Patologica, Terapia Intensiva/Rianimazione
- Collegamento funzionale per consulenze di: Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Neurologia, Psichiatria, Chirurgia plastica, Genetica Medica, Riabilitazione

1.6.3. Requisiti Organizzativi

L'unità è funzionalmente parte della Rete dell'Assistenza Perinatale.

I livello perinatale

È presente la seguente dotazione di personale:
- 1 ostetrica di guardia;
- 1 ginecologo di guardia;
- 1 ginecologo di pronta reperibilità;
- 1 OSS addetto alla sala parto;
- personale ostetrico, infermieristico e ausiliario socio-sanitario in numero tale da assicurare l'assistenza alle degenti H24;
- 1 anestesista di guardia (nel presidio);
- personale addetto alla sala operatoria dedicata alle emergenze ostetriche (nel presidio).

II livello perinatale

È presente un servizio di guardia attiva, per la sala travaglio-parto e la sala operatoria dedicata, così strutturato:
- 3 Ostetriche per turno fino a 1500 parti/anno, ed una ostetrica in più per ogni classe di 500 parti aggiuntivi
- 2 Ginecologi in servizio 24 ore su 24
- 1 Ginecologo reperibile oltre ai 2 in servizio per i turni notturni e festivi per le strutture che effettuano più di 1500 parti/anno.
- 1 Anestesista di guardia nel presidio.
- 1 OSS Operatore Socio Sanitario per la sala parto ogni 1000 parti.

- Personale ostetrico, infermieristico e ausiliario socio-sanitario in numero tale da assicurare l'accettazione e l'assistenza alle degenti 24 ore su 24

III livello perinatale

È presente un servizio di guardia attiva dedicato al blocco travaglio-parto e alla sala operatoria dedicata così strutturato:
- 3 Ostetriche per turno per 1500 parti/anno, ed una ostetrica in più ogni per ogni classe di 500 parti/anno aggiuntivi (al fine di ottenere un'assistenza ottimale al travaglio e al parto il rapporto tra donne in travaglio e ostetriche deve tendere all'uno a uno)
- 2 Ginecologi per turno ed 1 ginecologo reperibile per turni notturni e festivi fino a 2000 parti/anno, ed uno in più per ogni classe di 500 parti/anno aggiuntivi
- 1 Anestesista per turno dedicato o disponibile nel presidio + 1 Anestesista reperibile se attivo servizio di analgesia del parto.
- 1 OSS di turno ogni 1000 parti/anno
- Personale dedicato alla chirurgia ostetrica in elezione
- Personale ostetrico, infermieristico e ausiliario socio-sanitario in numero tale da assicurare l'accettazione e l'assistenza alle degenti 24 ore su 24.

1.6a. NEONATOLOGIA

L'assistenza al neonato è prestata preferenzialmente accanto alla madre (rooming-in) e solo per motivi particolari in un locale separato dalla stanza della madre denominato "nido". L'assistenza consiste in: osservazione transizionale, visita pediatrico-neonatologica di controllo almeno giornaliera e, ove indicato, esecuzione dei più comuni esami di laboratorio biochimici, ematologici e colturali (glicemia, bilirubinemia, ematocrito, esame emocromocitometrico, esami batteriologici) effettuati su microcampioni di sangue.

1.6a.0. Requisiti organizzativi

È compilata per ogni neonato una cartella clinica neonatale, nella quale sono riportati i dati anagrafici, anamnestici, clinici e di laboratorio relativi al periodo di degenza.
E' consegnata ai genitori una lettera o un libretto di dimissione per ogni neonato.
È garantita comunque l'assistenza al neonato anche attraverso il trasporto protetto.
Sono assicurati i requisiti di cui al punto 1.2.3 per la degenza ordinaria.
La responsabilità dell'assistenza neonatale (isola neonatale e rooming-in/degenza neonatale) è affidata ad un pediatra-neonatologo.
È assicurata la presenza di 1 pediatra-neonatologo H24

1.6a.1. Isola neonatale e Nido

1.6a.1.1. Requisiti strutturali

L'isola neonatale è situata all'interno della sala parto o comunicante con questa.

Sono presenti uno o più locali, di dimensioni adeguate, per alloggiare i neonati quando, per motivi particolari, non possono essere vicini alla madre.

Il nido deve avere una capacità massima di 20 culle, fino a 1500 parti, oltre i 1500 e fino a 2000 parti l'anno un massimo di 30 culle, con uno spazio minimo di 2 mq/culla.

Il nido deve disporre dei seguenti spazi/locali:
- locale/spazio per culle mobili;
- spazio per visita neonati;
- spazio per due incubatrici e per una culla per patologia neonatale lieve.

1.6a.1.2. Requisiti tecnologici

All'interno dell'isola neonatale è presente la seguente dotazione strumentale:

- 1 lettino per rianimazione neonatale fornito di pannello radiante e di ventilatore;
- 2 erogatori di O_2 aria compressa e sistema di aspirazione;
- 2 sistemi di miscelazione, umidificazione e riscaldamento dei gas medicali;
- almeno 6 prese elettriche;
- 2 set sterili di materiale per intubazione, ventilazione, per incannulamento dei vasi ombelicali e posizionamento di drenaggio toracico, disponibili 24/24 ore;
- 1 apparecchio per nCPAP;
- 1 termometro per la rilevazione della temperatura corporea;
- 1 cronometro contasecondi con grande quadrante;
- ogni altro materiale necessario per la rianimazione primaria, incluso analizzatore di O_2 nel gas inspirato, saturimetro pulsato, pompa a siringa, misuratore di pressione arteriosa;
- 1 ventilatore meccanico da utilizzare in situazioni di emergenza

All'interno del nido è presente la seguente dotazione strumentale:

- 2 incubatrici sempre funzionanti;
- due aspiratori;
- 2 lampade per fototerapia (dotazione minima per il II ed il III livello perinatale);
- 2 sorgenti di O_2 ed aria medicale;
- 1 valigetta per l'emergenza;

All'interno del nido sono inoltre disponibili:

- 1 lettore di glucosemia;
- 1 centrifuga;
- 1 bilirubinometro per la determinazione del valore ematocrito e della bilirubinemia su prelievo capillare;
- 2 mastosuttori;
- 1 frigorifero per la conservazione dei farmaci.

1.6a.1.3. Requisiti organizzativi

Il personale medico è costituito da neonatologi o da pediatri con particolare competenza neonatologica in numero tale da assicurare la presenza in sala parto ad ogni parto, la normale assistenza al neonato nei primi giorni di vita e le attività pediatrico-neonatologiche ambulatoriali;
- Personale infermieristico dedicato (infermieri pediatrici/vigilatrici d'infanzia/infermieri /puericultrici) in numero tale da assicurare un'assistenza continuativa, con almeno una unità presente per turno ogni 7 neonati.

1.6a.2. Neonatologia (Patologia neonatale)

Le dotazioni esatte di posti letto e attrezzature vanno definite di volta in volta in base ai volumi assistenziali

1.6a.2.1. Requisiti strutturali

L'area di assistenza neonatale è in continuità con l'area di degenza di ostetricia e ginecologia È presente un'area di assistenza al neonato che necessita di cure speciali distinta da quella per il neonato sano, con possibilità di attuare misure di isolamento in caso di infezione

1.6a.2.2. Requisiti tecnologici

Nel presidio sono disponibili le seguenti attrezzature/servizi:
- Ecografo
- Apparecchio radiologico portatile
- Apparecchio per equilibrio acido-base ed emogasanalisi
- Elettrocardiografo
- Diagnostica batteriologica
- Tutte le ricerche ematochimiche, immunoematologiche e colturali necessarie, con l'uso di micrometodi
- Chirurgia, Cardiologia, Radiologia
- Centro emotrasfusionale (anche in convenzione con altro Istituto con protocollo operativo)

Oltre ai requisiti impiantistici e tecnologici di cui al punto 1.2.2., sono assicurati i requisiti sottoelencati (il numero delle attrezzature deve essere calcolato in funzione del numero delle nascite
e dei neonati assistiti).
- Incubatrici in numero adeguato al numero dei nati assistiti e, comunque, non minore di quattro.
- Lettino per rianimazione neonatale fornito di pannello radiante
- Aspiratori o vuoto centralizzato
- Sistemi di monitoraggio cardiorespiratorio
- Saturimetri e/o monitor transcutanei per gas ematici
- Rilevatori incruenti della pressione arteriosa
- Analizzatori di O_2 nel gas inspirato
- Pompe da infusione

- Miscelatori aria/ O_2 e umidificatori riscaldati
- Lettore di glucosemia
- Centrifuga per Ht e bilirubinometro
- Incubatrice per trasporti interni, attrezzata con ventilatore automatico e sistema di monitoraggio
- Impianto elettrico con sufficiente numero di prese
- Impianto centralizzato di O_2 e aria medicale con sufficiente numero di prese

Sono inoltre necessari:

• Almeno 2 apparecchi per nCPAP
• Un ventilatore meccanico per neonati
• Almeno due lampade per fototerapia

La dotazione minima di un posto letto deve essere la seguente:

- incubatrice con servocontrollo della temperatura corporea e dell'umidità ambientale
- ossimetro per il controllo della concentrazione di O_2 (possibilmente incorporato nell'incubatrice)
- n. 2 attacchi per O_2, n. 2 attacchi per aria medicale e n. 2 attacchi per vuoto terapeutico
- n. 8 prese elettriche
- almeno n. 1 pompa per infusione volumetrica e n. 1 pompa a siringa
- n. 1 monitor multiparametrico o modulare per il monitoraggio di ECG, frequenza respiratoria, temperatura corporea, pressione non invasiva, saturimetria transcutanea.

1.6a.2.3. Requisiti organizzativi

Il personale medico (dotazione minima di 8 unità) deve assicurare una guardia attiva 24 ore su 24 nonché la presenza anche in sala parto (solo per il II livello perinatale).

Il personale infermieristico deve essere costituito da infermieri professionali o infermieri pediatrici/vigilatrici d'infanzia in numero tale da assicurare un'assistenza continuativa, con almeno una unità infermieristica presente per turno ogni 5 neonati patologici.

1.7. MEDICINA NUCLEARE

La Medicina Nucleare è una disciplina che ha per fine :

1. l'ottenimento di informazioni fisiopatologiche parametriche e morfo-funzionali "in vivo" ed "in vivo-vitro" aventi significato clinico per scopi diagnostici;
2. la realizzazione di un effetto biologico selettivo terapeutico su organi e tessuti interessati da processi patologici, prevalentemente di natura neoplastica, utilizzando varie modalità dipendenti da tropismi biologici specifici mediante l'impiego di radiofarmaci adeguati;
3. misurazione "in vitro" di vari analiti;

Il Servizio di Medicina Nucleare è pertanto un complesso strutturale ed organizzativo di alta tecnologia, con gli scopi clinici sopra identificati e che a tal fine necessita dell'impiego delle proprietà fisiche del nucleo atomico ed in particolare dei radionuclidi artificiali in forma "non sigillata", non escludendo tuttavia risorse tecnico-strumentali integrative e complementari come per esempio, alcune tecniche ecografiche e densitometriche ossee e radiologiche.

L'attività diagnostica può essere svolta anche in struttura ambulatoriale, in tal caso deve essere previsto un Direttore Tecnico abilitato, provvisto della specializzazione in Medicina Nucleare.

1.7.1. Requisiti Strutturali

La dotazione minima di ambienti per l'unità di medicina nucleare è la seguente:
- un'area dedicata all'accettazione ed attività amministrative;
- un locale visita (studio medico);
- un locale destinato all'attesa degli utenti prima della somministrazione con disponibilità di servizio igienico normale, anche in comune con quello esterno al reparto, annesso alla zona attesa accompagnatori;
- un locale per la somministrazione all'utente di radiofarmaci;
- almeno una sala di attesa calda per gli utenti iniettati dotata di servizi igienici con scarichi controllati;
- un laboratorio di radiofarmacia per lo stoccaggio e la manipolazione di radiofarmaci ed altri prodotti radioattivi, munito di un locale per l'esecuzione di controlli di qualità dei radiofarmaci ed eventualmente di un ulteriore locale in caso di preparazione di radio farmaci "estemporanei";
- deposito per rifiuti radioattivi;
- area con presenza di zona filtro, dotata di controllo dosimetrico ambientale e personale, di spogliatoio per il personale diviso per sesso, di servizi igienici per il personale con doccia e scarichi controllati, e di rivelatori di contaminanti e dispositivi per la decontaminazione;
- almeno un locale destinato ad ospitare la gamma camera;
- percorsi distinti per i pazienti prima e dopo la somministrazione di radionuclidi;
- un locale laboratorio in caso di attività diagnostica "in vitro";
- in caso di attività terapeutica ad alte dosi (oltre 585 MBq di Iodio131) o di terapia di tipo sperimentale, almeno un locale schermato per la degenza fornito di servizio igienico autonomo con scarico controllato, con annesso locale disimpegno e accoglienza visitatori, con sistema televisivo a circuito chiuso e locale di servizio per il personale di assistenza.

Tutti i locali in cui è prevista la presenza di sostanze radioattive o del paziente già iniettato richiedono la costruzione di appropriate barriere schermanti e devono essere progettati secondo la normativa vigente in merito alla costruzione di installazioni che prevedono la manipolazione di sorgenti non sigillate.

1.7.2. Requisiti Tecnologici

L'unità di medicina nucleare deve disporre dei seguenti impianti:
- un sistema di raccolta -preimmissione in fogna- e monitoraggio dei rifiuti liquidi e biologici radioattivi, adeguato al carico previsto e collegato ai locali muniti di scarico controllato;
- un impianto di condizionamento con adeguato ricambio aria (almeno 5 v/h) e filtri assoluti in uscita, per le aree classificate come "*zona controllata*", con gradienti decrescenti verso il laboratorio di radiofarmacia dove si dovrà avere il valore più basso;
- un impianto rilevazione incendi e dispositivi antincendio adeguati.

L'unità deve inoltre possedere i seguenti requisiti:
- devono essere presenti schermi per siringhe e contenitori schermati per flaconi;
- devono essere presenti contenitori adeguatamente schermati per lo stoccaggio di rifiuti radioattivi solidi;
- un monitor ambientale;

- un contatore portatile per la rilevazione delle contaminazioni di superficie e personale;
- un sistema di sviluppo su film o stampe immagini o masterizzatore CD/DVD;
- attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità con dotazione di bombole di ossigeno;
- almeno una "gamma camera" tomografica a due testate di rivelazione, dotata di sistema total body e computer dedicato per acquisizione – elaborazione, collegata ad un gruppo di continuità che garantisca il completamento della rilevazione in caso di black out;
- set minimo di collimatori (LEGP – LEHR – MEGP);
- in caso di diagnostica scintigrafica cardiologica, sistema per prove da sforzo ed elettrocardiografo monitorizzato a 12 derivazioni;
- almeno un gammacounter e strumentazioni base di un laboratorio di analisi chimico-cliniche (centrifughe di cui almeno una refrigerata, agitatori, bagnomaria, pipette automatiche, ecc...), in caso di attività "in vitro";
- dotazioni tecnologiche e di apparecchiature previste dalle NBPR (2005) per il laboratorio di radiofarmacia (calibratore di dose, cella schermata per manipolazione/stoccaggio, filtri HEPA, sistemi di controllo di qualità di radiofarmaci).

1.7.3. Requisiti Organizzativi

Il personale medico specializzato, tecnico e infermieristico deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate. È necessaria la collaborazione con un esperto in fisica medica, anche a contratto non esclusivo.
Le strutture di Medicina Nucleare dove si preparano radiofarmaci devono dotarsi di un organigramma funzionale e di uno nominativo nel quale siano definite chiaramente le figure responsabili:
- un Responsabile generale;
- un Responsabile per l'assicurazione della qualità, un Responsabile per le operazioni di preparazione e un Responsabile per i controlli di qualità, tra loro indipendenti.

È previsto un sistema documentato atto a garantire l'esecuzione dei controlli di qualità della strumentazione e l'esecuzione e la tracciabilità dei controlli di qualità dei radio farmaci, secondo quanto stabilito dalla normativa nazionale vigente.
È prevista la comunicazione all'utente, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, dei tempi di consegna, dei referti.
Nell'ipotesi di una sola gamma camera, deve essere formalizzato un protocollo di collaborazione con un'altra unità operativa di medicina nucleare, in modo da garantire la continuità dell'esame diagnostico in caso di guasto alle apparecchiature, in modo da garantire il completamento dell'indagine per gli utenti ai quali sia già stato somministrato un radioisotopo.

1.8. ATTIVITA DI RADIOTERAPIA

L'attività di radioterapia è svolta mediante l'impiego di fonti radioattive e di sorgenti di radiazioni ionizzanti ed è diretta al trattamento della malattia neoplastica e, in casi selezionati, al trattamento di patologie non neoplastiche, a carattere malformativo e/o cronico degenerativo.

L'attività può essere svolta anche in struttura ambulatoriale; in tal caso devono essere previsti un direttore tecnico abilitato e personale sanitario adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate, garantendo, relativamente alle figure strettamente attinenti alla specifica attività, almeno: un medico specialista in radioterapia, presente per l'intero orario di apertura della struttura; due tecnici sanitari di radiologia medica; un esperto in fisica medica.

1.8.1. Requisiti Strutturali

La dotazione minima di ambienti dell'unità di radioterapia è la seguente:

- aree di attesa per gli utenti trattati;
- spazi adeguati per accettazione, attività amministrative ed archivio;
- una sala di simulazione;
- un bunker di terapia;
- un locale per la conformazione dei campi di irradiazione, per la contenzione e la protezione dell'utente in corso di terapia, per la verifica dosimetria;
- un locale visita;
- un locale per trattamenti farmacologici brevi;
- camera calda;
- locale a pressione negativa per lo stoccaggio e la manipolazione del materiale radioattivo;
- servizi igienici distinti per gli operatori e per gli utenti;
- uno o più spogliatoi per gli utenti in relazione alle sale di terapia e alle sale visite presenti e comunicanti con le stesse.

1.8.2. Requisiti Tecnologici

L'unità deve disporre di un impianto di condizionamento con adeguato ricambio d'aria (almeno 5 v/h).

La dotazione minima strumentale è la seguente:

- un simulatore per radioterapia ovvero la piena disponibilità di una diagnostica radiologica (convenzionale o computerizzata) dedicata alla definizione tecnica e pianificazione dei

trattamenti; è presente una unità di terapia a fasci collimati (telecobalto terapia, acceleratore lineare);

- una attrezzatura per la valutazione della dose singola e dei relativi tempi di trattamento;
- una apparecchiatura per il controllo dosimetrico clinico;
- un adeguato corredo di cassette radiografiche;
- una dotazione adeguata di attrezzature per lo sviluppo ed il fissaggio delle pellicole radiografiche;
- un impianto rilevazione incendi;
- un impianto di raccolta dei liquidi per lo sviluppo;
- un impianto di condizionamento con adeguato ricircolo aria.

In particolare, per. quanto riguarda le caratteristiche tecniche delle prestazioni radioterapiche, occorre distinguere 4 categorie definite come segue:

Trattamenti di categoria A

Trattamenti a tecnica semplice rispondenti alle seguenti specifiche:

- campo collimato diretto o campi collimati contrapposti;
- campi non sagomati o sagomati con blocchi standard non personalizzati; o simulazione radiologica/documentazione fotografica;
- valutazione della dose limitata a punti definiti sull'asse centrale;
- verifica con film portale per trattamenti con fotoni di alta energia;
- nessun sistema di immobilizzazione o sistemi di immobilizzazione non personalizzati.

Trattamenti di categoria B

Trattamenti più complessi che richiedono:

- impiego di campi multipli, campi tangenziali, tecniche di movimento, grandi campi complessi con schermatura personalizzata;
- acquisizione dei dati anatomici del paziente tramite sezioni T.C. (o Risonanza Magnetica, R.M.);
- rappresentazione bidimensionale 2D della distribuzione di dose su più sezioni corporee;
- nessun sistema di immobilizzazione, sistemi di immobilizzazione non personalizzati o personalizzati in relazione a particolari trattamenti radianti (ad esempio testa e collo, linfoma, medulloblastoma).

I requisiti sottolineati sono imprescindibili per la definizione di categoria B.

Trattamenti di categoria C

Trattamenti che richiedono procedure di elevato livello tecnico quali:

- radioterapia conformazionale tridimensionale (3D Conformal RadioTherapy, 3DC.R.T.), stereotassi con tecnica conformazionale;
- rappresentazione tridimensionale (3D) della distribuzione di dose;
- impiego di procedure evolute per la valutazione della distribuzione di dose con particolare riferimento agli istogrammi dose volume;
- sistemi personalizzati di immobilizzazione di schermatura.

I requisiti sottolineati sono imprescindibili per la definizione di categoria C.

Si definisce come 3D-CRT una tecnica (13) che permetta di rendere clinicamente praticabile un trattamento radiante per via esterna conformato alla reale estensione e sviluppo della massa neoplastica, con notevole risparmio delle strutture sane e degli organi a rischio contigui; le tecniche conformazionali sono basate pertanto sulla definizione volumetrica, tridimensionale, del tumore e dell'anatomia degli organi a rischio secondo quanto definito nei rapporti tecnici dell'International Commission on Radiation Units and Measurements (ICRU) n. 50 (14) e n. 62 (15).

Trattamenti di categoria D

Tecniche speciali quali brachiterapia, irradiazione corporea totale (Total Body Irradiation, T.B.I.), radioterapia intraoperatoria (Intra Operative RadioTherapy, I.O.R.T.), irradiazione cutanea totale con elettroni (Total Skin Electron Irradiation, T.S.E.I.), radiochirurgia (con acceleratore lineare o gamma knife) e radioterapia a modulazione di intensità (Intensity Modulated Radio Therapy, I.M.R.T.), tecniche che richiedono attrezzature dedicate, esperienza specifica, intervento multidisciplinare.

Nel programmare la distribuzione e le dotazioni dei Centri esistenti e futuri, sarà compito degli organismi regionali tenere conto della categoria tecnica delle prestazioni che possono essere fornite in modo da coprire adeguatamente almeno i fabbisogni della popolazione residente, valutati sulla base dei dati epidemiologici. I Centri in grado di fornire prestazioni relative alle tecniche speciali dovrebbero essere programmati a livello nazionale, tenendo conto delle caratteristiche degli altri Centri e della facilità di accesso.

Dotazione minima di un Centro di radioterapia per prestazioni in categoria A

La dotazione che identifica un Centro di radioterapia è, di minima, costituita da:

- strumenti e attrezzature;
- una unità di AE (unità di telecobaltoterapia o acceleratore lineare; il mantenimento di Centri dotati di una sola unità di telecobaltoterapia è tuttavia da scoraggiare provvedendo alla sostituzione con un acceleratore lineare, possibilmente dotato di elettroni);
- un sistema dosimetrico a camera a ionizzazione e un fantoccio ad acqua per la caratterizzazione dei fasci;
- strumentazione per controlli di qualità;
- un sistema di simulazione;
- un sistema meccanico per il disegno dei profili corporei;
- un sistema di verifica geometrica dei campi di irradiazione mediante film;
- dispositivi di immobilizzazione e sagomatura non personalizzati.

Dotazione di personale:

- tre medici oncologi radioterapisti di cui uno con funzione di responsabile;
- un esperto in fisica medica totalmente dedicato alla radioterapia indipendentemente dall'U.O. alla quale afferisce;
- quattro tecnici di cui uno con funzione di coordinamento, adibiti anche alle attività di C.Q..

La coesistenza di unità di ortovoltaggio, anche in numero superiore a una, non modifica la qualifica di Centro minimo.

Il Centro minimo così descritto:

- deve avere un accordo di collaborazione con un altro Centro (preferibilmente con dotazioni superiori al minimo) situato a distanza ragionevolmente breve;
- preferibilmente deve trattare non più di 500 pazienti/anno;
- è preferibile che effettui prevalentemente prestazioni di categoria A.

Dotazione minima di un Centro di radioterapia per prestazioni in categoria B

Rispetto alle dotazioni di minima del punto precedente, l'esecuzione di prestazioni di categoria B deve inoltre prevedere:

- strumenti e attrezzature;
- un simulatore e la possibilità di accesso programmato ad un'apparecchiatura di tomografia computerizzata (in alternativa un T.C.-simulatore);
- sistema di allineamento laser;
- dispositivi di immobilizzazione e sagomatura personalizzati (officina);

- un fantoccio ad acqua computerizzato con movimentazione sui 3 assi;
- un sistema fotodensitometrico 2D computerizzato;
- un sistema di elaborazione dei piani di trattamento bidimensionale (2D);
- dotazione di personale.

La dotazione di personale è correlata al carico di lavoro. II carico di lavoro massimo delle unità di AE è funzione della categoria di prestazione (A o B).

Quantunque sia ritenuto ideale che un Centro che lavora in categoria B abbia due unità di AE a disposizione, in caso sia in funzione un 'unica attrezzatura la disponibilità minima di personale è la seguente:

- tre medici oncologi radioterapisti di cui uno con funzione di responsabile;
- due esperti in fisica medica totalmente dedicati alla radioterapia indipendentemente dalla U.O. alla quale afferiscono cinque tecnici di cui uno con funzione di coordinamento, adibiti anche alle attività di C.Q..

Dotazione minima di un Centro di radioterapia per prestazioni in categoria C

Rispetto alle dotazioni di un Centro che effettua prestazioni di categoria B, l'esecuzione di prestazioni di categoria C deve inoltre prevedere:

- strumenti e attrezzature;
- obbligatoriamente almeno un acceleratore lineare;
- un sistema di elaborazione di piani di trattamento 3D;
- si raccomanda il trasferimento via rete delle immagini T.C. (R.M.) di centratura (simulazione) al T.P.S..

La strumentazione per i C.Q. deve essere adeguata in relazione alle unità di AE impiegate e alla tipologia delle prestazioni erogate.

Dotazione di personale

La dotazione del personale è correlata al carico di lavoro. Il carico di lavoro massimo delle unità di AE è funzione della categoria di prestazione (A, B o C).

Quantunque sia ritenuto ideale che un Centro che lavora in categoria C abbia due macchine di AE a disposizione, in caso sia in funzione un 'unica attrezzatura la disponibilità minima di personale è la seguente:

- quattro medici oncologi radioterapisti, di cui uno con funzione di responsabile;

- due esperti in fisica medica totalmente dedicati alla radioterapia indipendentemente dalla U.O. alla quale afferiscono;
- sei tecnici, di cui uno con funzione di coordinamento, adibiti anche alle attività di C.Q..

Considerando la forte crescita, sul territorio nazionale, del numero di trattamenti di categoria C, sarà probabilmente necessario riconsiderare le dotazioni di personale sopra menzionate. Sarà opportuno che future linee guida sui trattamenti di categoria C contengano indicazioni precise al riguardo.

Dotazione minima di un Centro di radioterapia per prestazioni in categoria D

Un Centro di radioterapia per prestazioni in categoria D deve erogare un numero minimo di prestazioni annue.

Detto numero minimo viene individuato sulla scorta dell'intervallo di tempo, ragionevolmente considerato minimo, necessario per mantenere una confidenza con l'applicazione tecnica della prestazione stessa. Si dà di seguito il numero minimo di prestazioni anno per i trattamenti di categoria D:

- brachiterapia (L.D.R., P.D.R., H.D.R., iodio): 12 casi/anno per ciascuna delle tecniche impiegate, globalmente comunque almeno 25 casi/anno;
- T.B.I.: essendo l'inclusione dei pazienti totalmente dipendente dai protocolli elaborati dagli ematologi, nonché da variabili cliniche, non si ritiene di poter identificare un numero minimo di prestazioni per anno. Risulta comunque consigliabile un numero minimo di almeno 10 T.B.I. annue a giustificazione della complessità della metodica e relativa organizzazione all'interno della struttura;
- Total skin: 10 casi/anno;
- Radiochirurgia: 20 casi/anno;
- I.O.R.T.: 25 casi/anno.

1.8.3. Requisiti Organizzativi

Il personale sanitario laureato e/o tecnico deve essere adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

Deve essere:

- Attivato, ai sensi della vigente normativa di settore, un sistema di controllo di qualità;
- compilata la cartella clinica di radioterapia;
- garantita ad ogni unità di radioterapia, in caso di necessità, la possibilità di accesso ad un settore di degenza ove sia possibile l'assistenza dei pazienti trattati.

Qualora vi fosse disponibilità di una sola unità di terapia, deve essere formalizzato un protocollo di collaborazione con un'altra unità operativa di radioterapia, in modo da garantire la continuità terapeutica in caso di guasto alle apparecchiature.

1.9. DIALISI OSPEDALIERA

Finalità

La dialisi è un trattamento terapeutico per pazienti affetti da insufficienza renale in fase uremica, che può essere effettuata in ambito extraospedaliero ed intraospedaliero, valutate le condizioni cliniche del paziente da parte del medico nefrologo e comunque sotto la responsabilità dello stesso specialista.

La rete dei servizi di dialisi ospedaliera della Regione Lazio si articola come segue:

- Centri di riferimento.
- Servizi di Nefrologia e Dialisi.

1.9.1. Centri di Riferimento

I centri di riferimento svolgono attività di prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali, sia in regime ambulatoriale che di degenza autonoma.

I centri di riferimento, in particolare:

- formulano proposte e programmi per la prevenzione delle malattie renali e verificano, successivamente, i relativi interventi attuativi;
- svolgono opera di educazione e sensibilizzazione dei medici di base e della popolazione sulle tematiche della nefrologia, dialisi e trapianto mediante incontri pubblici e conferenze;
- realizzano programmi di aggiornamento e ricerca;
- vigilano e sovrintendono sullo stato di salute dei pazienti in attesa di trapianto e/o trapiantati. Sulla base di protocolli operativi concordati, attivano il necessario collegamento funzionale con il sistema regionale di riferimento dei trapianti e con i vari centri di trapianto mediante l'aggiornamento clinico;
- assicurano, inoltre, l'assistenza post trapianto, garantendo al paziente sia la programmazione ed esecuzione degli esami periodici che l'assistenza in condizioni d'urgenza;
- devono effettuare non meno di due turni giornalieri di dialisi per 6 giorni la settimana per tutti i mesi, con un indice minimo di utilizzo di 3, 2 pazienti per posto di dialisi e debbono garantire l'assistenza in condizioni di urgenza H24 per tutti i giorni dell'anno;
- devono garantire una proiezione territoriale mediante dialisi domiciliare intra ed extra corporea e o attivazione di U.D.D. ;
- i centri di riferimento identificati come punti di coordinamento per la dialisi peritoneale, oltre ai compiti descritti, devono promuovere l'uso della relativa metodica, formare il personale

sanitario e svolgere appropriata opera di informazione e di educazione sanitaria nei confronti degli altri operatori e del pubblico.

I Centri di Riferimento sono collocati:

- nelle Aziende Ospedaliere, nei Policlinici Universitari sedi di DEA. di II livello;
- negli strutture ospedaliere sedi di DEA di I livello, ove siano già attivati ed operanti centri di riferimento di nefrologia e dialisi;
- nelle strutture ospedaliere non sede di DEA che già svolgono per ubicazione o casistica un ruolo di centro di riferimento.

Il Centro di Riferimento si articola in:

- area di degenza autonoma;
- centri di dialisi a collocazione intraospedaliero;
- area ambulatoriale e/o di Day-Hospital.

1.9.1.1. Area di Degenza Autonoma

Fermo restando quanto previsto nel punto 1.2., la degenza può essere realizzata come:

- U.O. autonoma di degenza;
- Letti di degenza in altre UU.OO..

Attività assistenziale in regime di degenza comprende la diagnosi e terapia delle malattie renali in fase non dialitica, l'assistenza in regime di degenza a pazienti con insufficienza renale acuta e a pazienti in dialisi cronica con necessità di trattamenti suppletivi per patologie intercorrenti o per complicanze legate alla dialisi.

Al riguardo vengono, pertanto, individuate due tipologie in cui suddividere l'assistenza in regime di degenza:

a) assistenza per pazienti a grande rischio, siano essi in terapia dialitica che conservativa;
b) assistenza a rischio ordinario.

Ai pazienti a grande rischio deve essere garantito sia in dialisi "*bedside*" nell'area di degenza che durante la degenza in generale un livello di assistenza basato su un rapporto infermieristico di 1:3.

La definizione di ciascun paziente come appartenente alla tipologia a) o b) deve risultare evidenziata nella cartella clinica con le date di passaggio da un area all'altra.

Ai fini del calcolo dell'organico generale del reparto di degenza deve essere individuato il numero medio prevedibile dei pazienti a grande rischio.

L'area di degenza, comunque realizzata, si avvale di personale medico, infermieristico ed ausiliario, adeguato numericamente e professionalmente all'assistenza nefrodialitica ed è strutturata tecnicamente e strumentalmente per garantire prestazioni di dialisi d'urgenza "*bedside*" (emodialisi, tecniche extra corporee ed intra-corporee continue).

La stessa area deve essere dotata delle apparecchiature necessarie all'esercizio della nefrologia d'urgenza (ecografo, osmometro, emogasanalizzatore, elettrocardiografo, monitor per la rilevazione dei parametri vitali, lettori per diagnostica su stick).

1.9.1.2. Centri di dialisi a collocazione intraospedaliera

Fermo restando quanto previsto al punto 3.5.1., il centro deve disporre di unità di dialisi ad alta assistenza per pazienti acuti e cronici ad alto rischio. Per la dialisi peritoneale, deve essere disponibile un'area separata dedicata all'addestramento, terapia e controllo dei pazienti.

1.9.1.3. Area Ambulatoriale e/o di Day Hospital

Fermo restando quanto previsto ai punti 3.0.1., 3.0.2., 3.0.3. e 1.3., il centro di riferimento deve disporre di un'area ambulatoriale e/o di Day Hospital per l'attività di diagnostica e terapia delle malattie renali e dell'ipertensione arteriosa, controllo periodico dei pazienti in dialisi ospedaliera e domiciliare, preparazione al trapianto e controllo post trapianto.

1.9.2. Servizi di Nefrologia e Dialisi

I Servizi di Nefrologia e Dialisi si collocano all'interno di strutture ospedaliere non individuate quali sedi di centri di riferimento. Detti servizi svolgono attività di prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali, effettuano assistenza dialitica dell'insufficienza renale acuta e cronica nel centro dialisi, per il trattamento domiciliare. Possono organizzare e gestire U.D.D., dialisi domiciliare ed attività ambulatoriali e devono garantire l'assistenza in condizioni d'urgenza in H24 per tutti i giorni dell'anno.

I Servizi di Nefrologia e Dialisi dispongono per le loro attività di:

- possibilità di ricovero con le modalità indicate per i centri di riferimento;
- centro di dialisi a collocazione intraospedaliero con almeno 10 posti, con i requisiti minimi di cui al punto 3.5.1. l'area destinata alla dialisi peritoneale deve essere separata dall'area emodialitica;
- area ambulatoriale ospedaliera o extra ospedaliera per la prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali, controllo dei pazienti in dialisi e di quelli in attesa di trapianto e trapiantati.

1.10. ATTIVITA' TRASFUSIONALI

1.10.1. SERVIZI DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE

Definizione

Il Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale è la struttura ospedaliera responsabile, sotto qualunque aspetto, della raccolta e del controllo del sangue umano e dei suoi componenti, qualunque ne sia la destinazione, nonché della lavorazione, conservazione, distribuzione ed assegnazione quando gli stessi siano destinati alla trasfusione.

Il Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale è preposto altresì alle attività di urgenza emergenza, autotrasfusione, aferesi terapeutica e di supporto ematologico, modulate sulle necessità delle strutture sanitarie del territorio di competenza.

Requisiti strutturali e tecnologici ed organizzativi per le parti comuni ad altre attività

Fatti salvi i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici dei Servizi di Immunologia e Medicina Trasfusionale, di seguito riportati, si fa rinvio, per quanto applicabili, ai requisiti previsti nel presente provvedimento per:

- requisiti minimi organizzativi generali;
- requisiti minimi per l'attività ambulatoriale;
- requisiti minimi per i servizi di medicina di laboratorio per la parte di attività trasfusionale riconducibile all'attività analitica;
- requisiti minimi per il day hospital.

1.10.1.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici Specifici

Area di Accettazione e prelievi Donatori di Sangue

E' assicurata:

- Disponibilità di una sala di attesa con un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi.
- Sala visita con arredi previsti dai requisiti minimi per l'attività ambulatoriale.
- Disponibilità di locali per il prelievo provvisti di: poltrone da prelievo bilance da prelievo, sfigmomanometri, apparecchio per emometria, separatori cellulari dedicati alla produzione, termosaldatrici, da banco e portatile, attrezzature per rianimazione e trattamenti di emergenza.

- Disponibilità di un locale destinato al ristoro dei donatori dopo la donazione.

Unità di Raccolta Esterna

Le Unità di raccolta fisse e mobili esterne alla struttura trasfusionale debbono possedere requisiti strutturali ed organizzativi tali da garantire tutti gli interventi e tutte le fasi indispensabili per la donazione di sangue, la rintracciabilità del sangue, la tutela della salute del donatore e del ricevente.

Area delle prestazioni ambulatoriali

Il locale oltre ai requisiti generali deve contenere: letti ed attrezzature per terapia trasfusionale ambulatoriale (separatori cellulari dedicati alla terapia, poltrone e bilance da prelievo e salasso), attrezzature per rianimazione e trattamenti di emergenza.

Area di preparazione emocomponenti

Il locale deve contenere le seguenti attrezzature: cappa sterile, bilancia equilibratrice per centrifuga da scomposizione, centrifuga refrigerata per scomposizione sacche, attrezzature per separazione emocomponenti, termosaldatrice da banco e portatile, termosaldatrice per saldature sterili, agitatore per concentrati piastrinici, termostato, congelatore rapido, misuratore di pH.

Nell'area deve essere presente una zona per la validazione, etichettatura, stoccaggio, carico e scarico del sangue e i suoi componenti, nonché per l'assegnazione e distribuzione.

I locali devono contenere, oltre quelle previste per i servizi di medicina di laboratorio, le seguenti attrezzature: centrifuga da laboratorio, bilancia analitica, microscopio, agglutinoscopio, centrifughe da laboratorio di cui almeno una refrigerata, frigoriferi e armadi frigoriferi, emoteche standard, congelatori a -20, -30, -40 e –80°C, stufa termostatica a secco, bagno termostatico, scongelatore per plasma.

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

1.10.1.2. Requisiti Organizzativi Specifici

Deve essere predisposto un documento che espliciti i servizi offerti dalla struttura in via diretta ed i servizi forniti appoggiandosi ad altre strutture.

E' presente un dirigente responsabile della struttura in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente.

Sono disponibili procedure scritte e relative responsabilità, in materia di produzione, medicina trasfusionale, rapporti esterni, distribuzione dei farmaci emoderivati, secondo quanto previsto dal D.M. 25.1.2001 e dal D.P.C.M. 1.9.2000.

E' presente nella struttura una dotazione di personale medico, biologo, tecnico di laboratorio, infermieristico, ausiliario ed amministrativo adeguato alla tipologia dei servizi prestati ed ai carichi di lavoro determinati.

Sono disponibili procedure scritte che comprendono tutte le misure necessarie per assicurare la rintracciabilità del percorso, dal donatore al ricevente e viceversa, del sangue e dei suoi componenti, che sono raccolti, controllati lavorati, conservati, rilasciati e/o distribuiti nel territorio.

Sono garantite tutte le misure necessarie per assicurare che il sistema utilizzato per l'etichettatura del sangue e dei componenti raccolti, controllati, lavorati, conservati, rilasciati e/o distribuiti sia conforme al sistema di identificazione di cui al punto precedente e che comprenda tutte le informazioni necessarie.

Deve essere predisposta una specifica procedura in ordine agli incidenti gravi (evento accidentale o errore) connessi alla raccolta, controllo, lavorazione, conservazione e distribuzione del sangue e/o componenti e/o derivati, che possano influire sulla qualità e sicurezza, nonché qualunque reazione indesiderata grave, osservata durante o dopo la trasfusione, per la notifica alle autorità competenti e per il ritiro dalla distribuzione dei prodotti associati all'evento.

E' adottata una "cartelletta trasfusionale" da inserire nelle cartelle cliniche di degenza che contiene tutte le informazioni relative all'attività trasfusionale prestata.

E' disponibile una procedura che comprende tutte le misure necessarie per assicurare che tutti i dati siano resi anonimi in modo che il donatore non sia più identificabile.

Ogni struttura trasfusionale deve attuare un sistema di qualità quale presupposto essenziale per ridurre i rischi della trasfusione e contemporaneamente garantire il beneficio terapeutico ai pazienti che ricevono sangue e/o suoi componenti e prodotti.

Ogni struttura trasfusionale deve adottare un sistema informativo di raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito.

Per tutto quanto non citato nel presente documento deve essere fatto riferimento al D.P.C.M. 1° settembre 2000: "*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale*".

1.10.2. FRIGOEMOTECHE

Il D.M. 1 settembre 1995 emana norme atte a definire le caratteristiche funzionali e i criteri di gestione delle frigoemoteche, di cui devono essere dotati gli ospedali privi di una propria autonoma struttura trasfusionale o sue articolazioni organizzative e le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e non accreditate nell'ambito di apposita Convenzione.

Definizione

L'Emoteca o Frigoemoteca è un frigorifero atto alla conservazione del sangue, munito di termoregistratore e di dispositivo di allarme ottico e acustico, collegato con postazioni di guardia ove il personale presente sia in grado di rilevare ogni eventuale anomalia ed avvisare tempestivamente il medico di turno responsabile dell'emoteca.

La responsabilità della gestione della frigoemoteca è affidata al Direttore Sanitario della sede di ricovero.

Il Direttore Sanitario potrà affidare la gestione dell'attività concernente l'emoteca ad uno dei Reparti o Servizi operanti nell'Ospedale o Casa di cura, che provvederà con personale proprio ai compiti previsti dalla Convenzione sotto la responsabilità della struttura trasfusionale territorialmente competente.

Il D.S. può delegare la responsabilità della frigoemoteca a personale medico afferente alla medicina di laboratorio o comunque in possesso di specializzazione in patologia clinica.

Le case di cura private dotate di frigoemoteca, la cui tipologia e quantità delle prestazioni erogate comportino una più intensa attività di medicina trasfusionale, dovranno acquisire "*in loco*" un medico appartenente alla struttura trasfusionale pubblica di riferimento, con oneri a proprio carico.

1.10.2.1 Requisiti Strutturali e Tecnologici

Il locale destinato alla emoteca deve essere attrezzato con frigoriferi, atti alla conservazione del sangue dotati di termometro, di termoregistratore, e completi di dispositivi di allarme acustico e visivo interni e remoti (collegati con il centralino).

1.10.2.2. Requisiti Organizzativi

L'attività deve fare riferimento, nei termini di una apposita convenzione stipulata ai sensi della normativa vigente, alla struttura trasfusionale competente per territorio o a struttura trasfusionale diversa da quella competente previa acquisizione di parere favorevole di questa.

L'attività deve avere un medico responsabile (il Direttore sanitario o altro dirigente medico da questi formalmente delegato e appartenente ad una delle U.O. operanti nella struttura).

Le attività devono essere svolte a fronte di procedure scritte, protocolli e/o istruzioni di lavoro approvate, dal Responsabile della struttura trasfusionale di riferimento.

E' prevista da parte del medico responsabile la tenuta di un Registro di "*carico e scarico*" che deve contenere tutti i movimenti delle unità di sangue ed emocomponenti della frigoemoteca con modalità concordate con il Servizio d'immunomatologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) di riferimento.

Deve essere sempre disponibile e facilmente reperibile una procedura relativa alla raccolta, qualificazione, assegnazione e conservazione delle unità autologhe pre-depositate per autotrasfusione.

Deve essere predisposta a cura del SIMT di riferimento una procedura operativa per l'assegnazione, la movimentazione e la ricostituzione della scorta di unità ematiche per l'emergenza.

Deve esistere:

- una procedura che regola le attività di manutenzione, taratura e controllo delle frigoemoteche e dei dispositivi di misurazione della temperatura;
- una procedura per l'acquisizione del consenso informato del paziente alla terapia trasfusionale e per l'autotrasfusione;
- una procedura che regola il debito informativo con la struttura di riferimento anche relativamente alle relazioni di avvenuta trasfusione che riportino anche la notifica di eventuali reazioni avverse alla trasfusione.

1.11. GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO

1.11.1. Requisiti Strutturali e Organizzativi

Il servizio di farmacia deve essere posto sotto il controllo di un responsabile farmacista.

Devono essere previsti spazi per la segreteria e il deposito dei medicinali, del materiale di medicazione e degli specifici materiali di competenza.

Il servizio di farmacia, ove presente, deve disporre di spazi idonei per il deposito dei medicinali, dei dispositivi medici e chirurgici, del materiale di medicazione e degli specifici materiali di competenza.

L'articolazione interna deve consentire percorsi distinti dei materiali in entrata e in uscita, con accessibilità dall'esterno autonoma rispetto al sistema dei percorsi generali del presidio.

Devono essere in particolare previsti:

- uno spazio apposito per la ricezione del materiale e la successiva registrazione dello stesso;
- un deposito per farmaci e dispositivi medici e chirurgici;
- un vano blindato, o un armadio antiscasso, per la conservazione degli stupefacenti;
- frigoriferi per la conservazione dei medicinali da custodire ad una determinata temperatura, dotati di registratori di temperatura, di un sistema di allarme, e possibilmente collegati a gruppi di continuità o ad una linea di alimentazione preferenziale;
- cappa di aspirazione forzata nel locale;
- pavimenti con superficie lavabile e disinfettabile;
- pareti con rivestimento impermeabile e lavabile fino ad una altezza massima di metri 2, relativamente ai locali adibiti a laboratorio;
- armadi chiusi a chiave per la custodia dei veleni e di tutte le sostanze per le quali è previsto un accesso controllato;
- deposito infiammabili debitamente autorizzato nel rispetto della normativa vigente;
- sostanze obbligatorie come previsto dalle farmacopee ufficiali italiana ed europea;
- spazi adeguati per il movimento in uscita dei farmaci e di ogni altro materiale sanitario;
- locale e attrezzature per preparazioni galeniche;

Il servizio di farmacia deve, inoltre, essere dotato di spazi adeguati per la correlata attività di supporto tecnico amministrativo, indispensabile al fine di assicurare la corretta ed economica gestione del servizio stesso.

1.11.2. Requisiti Tecnologici

Deve essere previsto un impianto di condizionamento ambientale (dotato di un adeguato sistema di controllo, e costante monitoraggio) che assicuri:

- una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-26 °C;
- una umidità relativa estiva ed invernale del 50% + -5%;
- un ricambio aria esterna/ora di 2 v/h;
- classe di purezza filtrazione con filtri a media efficienza.

Deve essere previsto un impianto rilevazione incendi anche nei depositi separati.

1.11.3. Locali adibiti a immagazzinamento, preparazione e somministrazione di chemioterapici antiblastici

I locali adibiti a immagazzinamento, preparazione e somministrazione dei chemioterapici antiblastici devono possedere i seguenti requisisti.

Immagazzinamento

I locali specificatamente destinati all'immagazzinamento dei chemioterapici antiblastici devono avere:

- idonei sistemi di aerazione;
- pavimenti in materiale plastico facilmente lavabile.

Preparazione

I locali riservati alla preparazione dei chemioterapici antiblastici devono essere dotati di pavimento e pareti rivestiti fino ad opportune altezze da materiale plastico facilmente lavabile (ad esempio PVC elettrosaldato munito di sguscio agli angoli).

E' opportuno poter disporre di una stanza filtro al fine di mantenere maggiormente isolato il locale di preparazione dagli altri locali.

Le porte di accesso devono essere del tipo a battente con apertura verso l'esterno.

Il locale deve inoltre essere protetto da turbolenze d'aria che potrebbero vanificare le misure di sicurezza.

All'interno della stanza deve essere previsto un "*punto di decontaminazione*" costituito da un lavandino a pedale e da un lavaocchi di sicurezza, anche situato in apposito box o servizio con accesso alla stanza.

Il sistema di condizionamento deve essere separato dall'impianto centralizzato.

In caso di condizionamento centralizzato, la stanza deve essere munita di sistema di esclusione a pulsante del condizionamento da azionare nel caso di accidentali spandimenti di farmaci allo stato di polveri. La velocità dell'aria immessa dall'impianto non deve superare 0,15 m/s e i ricambi d'aria nel locale non devono essere inferiori a 6 v/h.

Nella stanza è opportuno installare un pulsante per i casi di emergenza e predisporre un sistema viva voce, evitando la presenza di un telefono tradizionale.

All'interno della stanza filtro o del locale in cui si opera devono essere conservati i mezzi protettivi individuali ed i mezzi di sicurezza da impiegare in caso di spandimenti accidentali (maschere, camici monouso, soluzione di ipoclorito di sodio al 10% per la neutralizzazione chimica).

La soluzione ottimale è rappresentata da un sistema con labirinto obbligato di docce ed ambiente filtro per gli indumenti da lavoro. Tuttavia può essere sufficiente la presenza di una doccia per le emergenze.

Somministrazione

I locali in cui avviene la somministrazione di chemioterapici antiblastici devono avere:

- idonei sistemi di areazione;
- pavimenti di materiale plastico facilmente lavabile;
- un idoneo lavabo.

SERVIZI GENERALI DI SUPPORTO

1.12. SERVIZIO CUCINA

Il servizio di cucina può anche essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture, purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria competente. Il servizio cucina deve essere conforme alla normativa vigente in materia di igiene degli alimenti.

1.12.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

Il servizio di cucina deve prevedere:

- spazi adeguati per la ricezione derrate, dispense e celle frigorifere;
- spazi per la preparazione/cottura, dotato di idonea cappa aspirante;
- spazi per il lavaggio e deposito per stoviglie e carrelli;
- un deposito rifiuti;
- un deposito materiali per pulizia;
- spogliatoi e servizi igienici per il personale, dotati di doccia, antibagno e sistema di azionamento non manuale;
- spazi per la preparazione, il lavaggio dei carrelli, stoviglie e portavivande dispongono di pareti a tutt'altezza con superfici lisce, impermeabili, lavabili e disinfettabili;
- spazi per la preparazione, il lavaggio dei carrelli, stoviglie e portavivande hanno pavimenti antisdrucciolo con superficie liscia lavabile e disinfettabile;
- in tutti gli spazi devono essere assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione.

1.12.2. Requisiti Organizzativi

Sono garantiti:

- protocolli scritti circa le modalità di trasporto e confezionamento del cibo da e per la cucina;
- l'elaborazione delle tabelle dietetiche, dei menù e delle diete speciali.

I cibi distribuiti devono rispondere a quanto stabilito nelle tabelle dietetiche, nei menù e nelle diete speciali.

1.13. SERVIZIO LAVANDERIA

Il servizio di lavanderia può anche essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture sanitarie, purché regolarmente autorizzato dalla autorità sanitaria competente.

1.13.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

Devono essere previsti ambienti separati per materiale sporco (contaminato) e pulito (decontaminato).

Per ogni ciclo di lavorazione devono essere garantiti:

- controllo e monitoraggio dei fattori critici del ciclo di lavaggio (temperatura, tempo e concentrazione dei disinfettanti);
- controllo carica batterica (Bioburden) prodotto lavato e stirato (semestrale);
- controllo e monitoraggio caricamento macchinari e dosaggio prodotti di lavaggio.

Nel caso di servizio di lavanderia interno devono essere previsti spazi adeguati per la raccolta e cernita della biancheria, per il lavaggio, l'asciugatura, il rammendo, la stiratura ed il deposito della biancheria pulita.

Il personale della lavanderia deve utilizzare tutti i dispositivi di protezione individuale per la prevenzione del rischio biologico.

1.13.2. Requisiti Organizzativi

Devono esistere:

- protocolli scritti circa le modalità di trasporto del materiale da e per la lavanderia;
- protocolli scritti per tutte le procedure attuate sul materiale ricevuto.

1.14. SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE

Il servizio di sterilizzazione può anche essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture, purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria competente.

1.14.1. Requisiti Strutturali

Il servizio deve disporre dei seguenti ambienti:

- un locale destinato al ricevimento e lavaggio;
- un locale per ricezione, cernita, pulizia e preparazione;
- zona filtro per il personale, preliminare all'accesso al deposito materiale sterilizzato;
- un locale per confezionamento e sterilizzazione;
- un locale per stoccaggio e deposito materiale sterile;
- il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca a quella pulita;
- nei locali per confezionamento e sterilizzazione e per stoccaggio e deposito materiale sterile, deve essere garantito l'accesso del personale e dei materiali in appositi filtri a doppia porta con aperture obbligate e/o bussole;
- spogliatoi e servizi igienici del personale.

1.14.2. Requisiti Tecnologici

Il servizio deve disporre dei seguenti impianti:

- nei locali di confezionamento e sterilizzazione, stoccaggio e deposito, deve essere previsto un impianto di condizionamento ambientale che assicuri:
  - una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-27 °C
  - una umidità relativa estiva ed invernale del 40-60%
  - un ricambio aria/ora esterna di 15 v/h;
- un impianto illuminazione di emergenza;
- un impianto di aria compressa.

La dotazione minima strumentale è la seguente:

- apparecchiatura di sterilizzazione (rispondente alla norma UNI EN 285 e convalidata annualmente secondo la norma UNI EN 554);

- apparecchiatura per il lavaggio del materiale da, sottoporre a sterilizzazione (Ultrasuoni e Lavastrumenti 93°C/l0 min.);
- un bancone con lavello resistente agli acidi ed agli alcali.

1.14.3. Requisiti Organizzativi

- La dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività e comunque è previsto all'interno dell'equipe almeno un infermiere.
- Deve esistere un sistema di tracciabilità del prodotto.

1.15. SERVIZIO DI DISINFEZIONE

Il servizio di disinfezione può anche essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture, purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria competente.

1.15.1. Requisiti Strutturali

Il servizio di disinfezione deve prevedere spazi per il trattamento degli effetti personali, dei letterecci, della biancheria, e in genere dei materiali infetti.

L'articolazione interna degli spazi deve consentire la netta separazione tra le zone sporche e pulite.

Per le nuove costruzioni, deve essere previsto un pavimento antisdrucciolo nelle zone sporche con adeguata pendenza per garantire i necessari scarichi.

Il percorso deve essere progressivo dalla zona sporca alla zona pulita.

Il servizio deve prevedere:

- un locale filtro del personale, con servizi igienici e spogliatoi;
- un locale di pre-trattamento e disinfezione;
- un deposito materiale da trattare;
- un deposito pulito.

1.15.2. Requisiti Tecnologici

Il servizio deve disporre dei seguenti impianti:

- un impianto di condizionamento ambientale che assicuri: una temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-27 °C, una umidità relativa estiva ed invernale del 40-60%, un ricambio aria/ora esterna di 15 v/h;
- l'impianto illuminazione di emergenza;
- l'impianto di aria compressa.

Devono essere previste apparecchiature idonee al trattamento del materiale.

1.15.3. Requisiti Organizzativi

La dotazione organica del personale addetto deve essere rapportata al volume delle attività e, comunque, prevede all'interno dell'equipe almeno un infermiere.

1.16. SERVIZIO MORTUARIO

Il servizio mortuario può anche essere convenzionato o gestito in forma associata da più strutture, purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria competente. L'ubicazione del Servizio Mortuario deve consentire l'entrata e l'uscita autonoma senza interferenze rispetto al sistema generale dei percorsi interni della struttura. Deve essere previsto un accesso dall'esterno per i visitatori

1.16.1. Requisiti Strutturali

Il servizio deve prevedere:

- locali destinati all'osservazione, deposito ed esposizione delle salme;
- uno spazio attesa per dolenti con servizio igienico;
- un deposito materiale;
- locali e servizi igienici per il personale;
- il servizio di riscontro autoptico può essere esternalizzato;
- celle frigorifere;
- se presente, la sala autoptica deve essere attrezzata per il riscontro diagnostico e per l'eventuale prelievo delle parti anatomiche;
- se presente, la superficie minima della sala autoptica deve essere non inferiore a 25 mq.

1.16.2. Requisiti Tecnologici

Il Servizio Mortuario deve essere dotato di un impianto di condizionamento ambientale che assicuri, limitatamente al locale osservazione/sosta salme:

- una temperatura interna invernale ed estiva non superiore a 18 °C;
- una umidità relativa del 60% + o - 5%.

Deve essere presente l'impianto di illuminazione di emergenza.

2. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER POST-ACUZIE

2.0. REQUISITI GENERALI

Finalità

Le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero in post-acuzie sono dirette all'assistenza ed al recupero funzionale indifferibile di pazienti che hanno superato la fase di acuzie, ma che hanno necessità di ulteriori interventi valutativi e terapeutici intensivi non erogabili efficientemente in regimi alternativi al ricovero.

Destinatari

I soggetti destinatari sono pazienti post-acuti affetti da disabilità importanti o gravi patologie che determinano la non autosufficienza temporanea e che richiedono una tutela medica specialistica riabilitativa ed interventi di nursing ad elevata specialità nell'arco delle 24 ore e nelle ore diurne non erogabili in forma extraospedaliera.

Classificazione

Le strutture di riabilitazione ospedaliera si articolano come di seguito riportato:

- LUNGODEGENZA (COD. 60) erogano attività di riabilitazione estensiva o intermedia caratterizzata da un moderato impegno terapeutico (da uno a tre ore giornaliere) a fronte di un forte di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento.
- RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE (COD.56) erogano attività di riabilitazione intensiva per pazienti in fase subacuta che richiedono un elevato impegno diagnostico, medico specialistico in termini di complessità e di durata dell'intervento (almeno tre ore giornaliere di terapia specifica) comprendenti anche le attività di riabilitazione specialistica: cardiologica e respiratoria, nonché neurologica.
- DAY HOSPITAL RIABILITATIVO (COD.56) dedicato a pazienti affetti da patologie disabilitanti di varia natura che necessitano di interventi di valutazione e/o di trattamento riabilitativo intensivo nell'arco della giornata, senza necessità di assistenza continua medico infermieristica nell'arco delle 24 ore.
- ALTE SPECIALITA' RIABILITATIVE comprendenti le attività riabilitative che richiedono un particolare impegno di qualificazione (mezzi, attrezzature, personale) secondo quanto stabilito dal D.M. 29.01.1992 e sono deputate:
  - al trattamento degli esiti delle mielolesioni - **Unità spinale unipolare** (COD. 28)

- al trattamento di persone con lesioni midollari stabilizzate – **Centro spinale**
- al trattamento di pazienti post-comatosi con gravi disturbi della coscienza e/o con danni neurologici di estrema gravità - **Unità di Neuroriabilitazione ad alta intensità** (COD. 75)
- al trattamento delle gravi disabilità in età evolutiva - **Unità per le disabilità gravi dell'età evolutiva (U.D.G.E.E.).**

Le strutture di post-acuzie possono costituire presidi autonomi ovvero unità operative all'interno di presidi ospedalieri ovvero inseriti in complessi polifunzionali che comprendono strutture ospedaliere e/o residenziali socio-sanitarie.

2.0.1. Requisiti Strutturali Generali

Tutte le strutture devono essere in possesso dei requisiti di carattere generale per le strutture di ricovero a ciclo continuo e diurno di cui ai punti 1.0.1., 1.2.1., nonché quelli previsti per tutti i servizi di supporto.

Ad integrazione dei requisiti previsti al punto 1.2.1., devono essere posseduti i requisiti sottoelencati.

Per le nuove costruzioni, la camera di degenza singola deve avere una superficie di mq 12 e, per le camere multiple, la superficie utile non deve essere inferiore a mq 9 per singolo posto letto. La verifica dell'agibilità e del servizio igienico deve considerare la particolare condizione degli ospiti.

Devono essere previsti servizi igienici adeguati ai pazienti non autosufficienti a servizio di almeno 1/3 dei posti letto, con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, accesso diretto o immediatamente attiguo alla camera, dotato di lavandino, wc, doccia e, laddove possibile, bidet.

Le camere a più posti letto devono essere attrezzate per garantire la privacy del singolo paziente, mediante l'utilizzo di adeguati tendaggi e pannelli mobili.

Per le nuove strutture, le porte dei locali ad uso dei ricoverati devono avere una larghezza minima di cm 120.

Deve essere prevista un'area destinata alla valutazione con locali per le visite specialistiche e per le valutazioni diagnostico-prognostiche non inferiore a 12 mq, comunque collocati nella struttura ospedaliera.

Le prestazioni di laboratorio analisi e di radiologia convenzionale comprensiva di ecografie e grande diagnostica neurologica per immagini possono essere acquisite anche da strutture esterne al presidio in cui è collocata l'Unità Operativa, ad esclusione della radiologia convenzionale per la riabilitazione.

Qualora la struttura di post-acuzie sia collocata nell'ambito di complessi sanitari ospedalieri o socio-sanitari residenziali, è consentita l'utilizzazione di spazi in comune, quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto, all'area di socializzazione, all'area della

valutazione e delle terapie nonché all'area di attesa e di deposito. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

2.0.2. Requisiti Tecnologici Generali

Ad integrazione dei requisiti previsti al punto 1.2.2. devono essere posseduti i requisiti sottoelencati.

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

In relazione alla specifica attività svolta nella struttura ed alla tipologia degli utenti, devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione diagnostica;
- presidi e risorse tecnologiche atte allo svolgimento di prestazione mediche, infermieristiche e riabilitative nonché specialistiche necessarie;
- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di riabilitazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;
- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale, di supporto e completamento all'esercizio terapeutico.

Devono essere disponibili:

- letti servoassistiti mobili a tre snodi regolabili in altezza predisposto per spondine e relativi "*trapezi*" ed "*archetti alzacoperte*";
- (in relazione alla tipologia dei malati - es. pazienti traumatizzati cranici provenienti dalla terapia intensiva/rianimazione - deve essere presente un congruo numero di letti servoassistiti elettricamente che consentano la facile esecuzione di tutte le manovre assistenziale ed il corretto posizionamento del paziente;
- materassi e cuscini antidecubito;
- carrozzine e ausili per la mobilità del paziente.

2.0.3. Requisiti Organizzativi Generali

Ad integrazione dei requisiti previsti ai punti 1.0.2. e 1.2.3., devono essere posseduti i requisiti sottoelencati.

Nei presidi autonomi ovvero nei presidi inseriti in complessi che comprendono strutture residenziali socio-sanitarie deve essere previsto un direttore sanitario con i requisiti di legge.

All'interno delle strutture per post-acuzie ad alta recettività complessiva ovvero con più articolazioni funzionali e nei complessi polifunzionali, così come nelle strutture ambulatoriali nelle quali coesistono nella stessa unità immobiliare più tipologie funzionali (ad es. laboratorio analisi, diagnostica per immagini, e riabilitazione) riconducibili ad un unico soggetto titolare, deve essere previsto, in analogia a quanto disposto per le strutture di ricovero, un unico direttore sanitario in possesso di specializzazioni in igiene e medicina preventiva (o titolo equipollente).

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che, per unità operative di 20 posti deve essere composta da:

- medico dirigente in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore;
- infermieri professionali per ogni turno;
- tecnici della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 741; terapista occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 136; terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742);
- il personale professionista sanitario per la riabilitazione deve essere in possesso dello specifico titolo professionale abilitante o di un titolo reso equipollente in forza di legge;
- psicologo e assistente sociale (anche non dedicati);
- medici specialisti a consulenza.

Il numero degli operatori deve essere correlato alle caratteristiche particolari dell'utenza assistita.

E' opportuno l'intervento di personale riabilitativo anche durante la fase acuta della patologia.

In presenza di due o più unità operative deve essere garantita la presenza di una dirigenza infermieristica.

Per ogni paziente deve essere assicurata:

- la valutazione multidimensionale, attraverso appositi strumenti validati, dei problemi/bisogni sanitari, riabilitativi, cognitivi, psicologici e di nursing della persona al momento dell'ammissione e periodicamente;
- la predisposizione di un piano di assistenza individualizzato (P.A.I.) ovvero uno o più progetti riabilitativi alla cui redazioni collaborano i componenti dell'équipe professionale, ciascuno per le proprie competenze, corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- l'istituzione di una cartella personale contenente tutte le informazioni sanitarie necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata dal personale.

Devono essere definiti e documentati i collegamenti funzionali con le strutture di emergenza.

Devono esistere procedure formalizzate di raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente anche al fine di garantire l'eventuale continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione.

Devono esistere modalità operative che facilitino le relazioni con la famiglia e favoriscano la partecipazione della stessa al progetto riabilitativo, soprattutto per pazienti appartenenti all'età evolutiva e all'area della senescenza.

2.1. LUNGODEGENZA (COD.60)

Le strutture di lungodegenza assistono in regime di ricovero pazienti non autosufficienti, provenienti dalle diverse aree assistenziali mediche e chirurgiche. Il trattamento assistenziale - riabilitativo è rivolto a pazienti che presentano un quadro clinico instabile, persistenza di limitazioni funzionali con una riduzione della autosufficienza, disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale. Gli interventi riabilitativi sono rivolti al recupero funzionale, alla prevenzione e al trattamento di processi involutivi e degenerativi.

In tali strutture deve essere prevista la sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, il nursing infermieristico ed il trattamento riabilitativo. Il trattamento assistenziale-riabilitativo si esplica di norma in un periodo di 60 giorni dal ricovero nella struttura.

Le strutture di lungodegenza possono essere collocate in presidi ospedalieri o costituire presidi autonomi.

Le strutture di lungodegenza medica possono costituire presidi autonomi ovvero unità operative all'interno di presidi ospedalieri ovvero essere inseriti in complessi polifunzionali che comprendono strutture ospedaliere e/o residenziali.

2.1.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

Le strutture di lungodegenza devono possedere i requisiti generali di cui ai punti 2.0.1. e 2.0.2.

2.1.2. Requisiti Organizzativi

Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.3. devono essere posseduti i requisiti sotto riportati.

Sono assicurate le attività di assistenza diagnostica, medica, infermieristica e riabilitativa e le consulenze specialistiche cardiologiche, urologiche, neurologiche, internistiche ed oculistiche e tutte quelle necessarie alla tipologia dei pazienti.

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale funzionale alla garanzia delle attività previste dai Piani Individuali di Assistenza e/o dai Progetti Riabilitativi Individuali.

A titolo puramente esemplificativo si riporta una tabella con indicato il personale minimo dedicato all'assistenza in rapporto al numero dei posti letto

	POSTI LETTO					
	20	40	60	80	100	120
MEDICO	1,5	2,0	3,0	4,0	5,0	6,0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	2,0	4,0	6,0	8,0	10,0	12,0
PERSONALE INFERMIERISTICO	7,0	10,0	14,0	20,0	24,0	28,0
OPERATORE SOCIO SANITARIO	6,0	6,5	10,0	13,0	16,0	19,5
Totale complessivo	16,5	22,5	33,0	45,0	55,0	65,5

- Tra i medici è compreso il responsabile (1 ogni 100 posti letto);
- Tra le unità di personale infermieristico sono compresi i coordinatori (1 ogni 60 posti letto);
- L'assistenza garantita dagli OSS può essere erogata anche da OTA, ADEST o altre figure similari purché siano qualificate e formate a prestare assistenza diretta alla persona;
- I medici devono essere in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza (geriatra, neurologo, fisiatra o altro specialista) ovvero documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore; devono essere presenti nei giorni feriali nelle ore diurne e partecipare alla copertura delle guardie diurne e notturne; il responsabile del reparto, oltre alla specializzazione nella disciplina di interesse, deve avere un'anzianità di servizio di almeno sette anni o in alternativa alla specializzazione un'anzianità di servizio di dieci anni nel settore.
- Nella struttura devono essere presenti anche le seguenti figure professionali:

  psicologo e assistente sociale e dietista;

- Il personale professionista sanitario per la riabilitazione deve essere in possesso dello specifico titolo professionale abilitante o di un titolo reso equipollente in forza di legge.

Devono esistere procedure formalizzate per l'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti riguardanti l'appropriatezza del ricovero.

Devono esistere procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare la continuità assistenziale dopo la dimissione.

2.2. RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (COD. 56)

Finalità

L'Unità operativa di recupero e rieducazione funzionale (codice 56) è una struttura che eroga, in regime di ricovero, interventi riabilitativi indifferibili a pazienti con menomazioni e disabilità complesse che richiedono, in ragione della gravità e della scarsa autonomia, programmi di riabilitazione intensiva (almeno 3 ore/die). Le condizioni trattate prevedono tutela medica nelle 24 ore, interventi di nursing ad elevata specificità e di prevenzione secondaria, interventi valutativi medico-specialistici, valutazioni terapeutiche, riabilitative e rieducative intensive non erogabili in altra forma. Le Unità operative garantiscono un approccio multidisciplinare alla disabilità.

Le attività di riabilitazione intensiva in regime di ricovero si esplicano, di norma, entro 60 giorni dal ricovero.

Destinatari

Gli interventi sono rivolti a pazienti con menomazioni e disabilità recuperabili, di natura e gravità tali da rendere necessaria una tutela sanitaria ed interventi di nursing ad elevata specialità nonché interventi valutativi e terapeutici non erogabili in forma extraospedaliera.

2.2.1. Requisiti Strutturali

Le strutture di riabilitazione possono costituire presidi autonomi ovvero unità operative all'interno di presidi ospedalieri ovvero essere inseriti in complessi polifunzionali che comprendono strutture ospedaliere e/o residenziali.

Oltre ai requisiti indicati nel punto 2.0.1. deve essere presente un'area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione comprendente:

- locali e palestra per attività dinamiche e di gruppo con superficie complessiva di almeno 100 mq per 20 utenti, con uno standard di 5 mq/paziente; (per le strutture esistenti sono previsti locali e palestra per attività dinamiche e di gruppo con uno standard complessivamente non inferiore a 5 mq/paziente rapportato al numero di pazienti da sottoporre contemporaneamente a terapia, a condizione che la palestra abbia una superficie di almeno 45 mq e nel rispetto dei parametri assistenziali vigenti);
- spazi per attività statiche o individuali, attrezzate un rapporto alla tipologia dell'intervento articolate in locali/spazi di almeno 9 mq;
- ambiente/ spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra;

- area attrezzata dedicata per colloquio ed addestramento familiari (può essere sostituita dalla sala riunioni);

- area attrezzata per la consumazione dei pasti, per la socializzazione ed il tempo libero.

- servizio igienico per disabili.

2.2.2. Requisiti Tecnologici

Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.2. devono essere posseduti i requisiti sotto riportati.

Deve essere presente:

- apparecchio per saturimetria transcutanea;

- letto di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile;

- letti di verticalizzazione ad altezza ed inclinazione variabile;

- sollevatore elettrico con diverse tipologie di imbragatura in grado di sollevare il paziente dal piano-pavimento;

- materassini per cinesiterapia a pavimento;

- parallele ad altezza variabile;

- specchi a muro per cinesiterapia (non quadrettati);

- bilance con quadrante basso;

- scala modulare per rieducazione motoria;

- apparecchi per elettrostimolazioni;

- ausili vari per la deambulazione (bastoni, tripodi, deambulatori, etc);

- cicloergometro o tapis roulant;

- piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva;

- sussidi per l'esercizio terapeutico;

- ausili per il rinforzo muscolare;

- bastoni per cinesiterapia;

- cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme;

- 1 maxicilindro;

- sgabelli ad altezza regolabile;

- sussidi vari per l'addestramento alle ADL primarie in terapia occupazionale;

- attrezzatura per la realizzazione e l'adattamento di ausili ed ortesi realizzati in materiale termomodellabile.

Devono inoltre essere presenti aree per la socializzazione ed il tempo libero dotate di:

- tavoli, sedie e poltroncine ergonomiche;

- strumenti audiovisivi;

- materiale per attività manipolative e ludiche;

- materiali e strumenti per la valutazione: sistema di valutazione neurofisiopatologica, sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle attività motorie, sussidi manuali ed elettronici per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche, spirometro etc.

Devono essere presenti materiali e strumenti per la terapia occupazionale e la logoterapia.

2.2.3. Requisiti Organizzativi

Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.3 e ad integrazione degli stessi devono essere posseduti i requisiti sotto riportati.

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale.

A titolo esemplificativo si riporta una tabella con indicato il personale dedicato all'assistenza in rapporto al numero dei posti letto nell'ipotesi che i Progetti riabilitativi individuali prevedano almeno 3 ore di intervento

Personale dedicato						
	POSTI LETTO					
	20	40	60	80	100	120
MEDICO	3,0	4,0	6,0	8,0	10,0	12,0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	7,5	14,5	21,5	28,5	35,5	42,5
PERSONALE INFERMIERISTICO	8,0	13,0	20,0	26,0	32,0	39,0
OPERATORE SOCIO SANITARIO	6,0	7,0	9,5	13,0	16,0	19,0
Totale complessivo	24,5	38,5	57,0	75,5	93,5	112,5

All'interno del personale infermieristico e di riabilitazione sono ricomprese le figure dei coordinatori (1 ogni 60 posti letto per figura professionale).

Ulteriore personale						
	POSTI LETTO					
	20	40	60	80	100	120
DIRETTORE SANITARIO	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
MEDICO RESPONSABILE	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00
ASSISTENTE SOCIALE	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
PSICOLOGO con comp. neuropsicologiche	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Totale complessivo	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00

I medici devono essere in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza (medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione (MFR) o altro specialista) ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore.

I medici responsabili devono avere un'anzianità di servizio di sette anni, di cui cinque nella disciplina di MFR o disciplina equipollente e specializzazione in MFR o in una disciplina equipollente ovvero una anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina di MFR .

E' prevista la disponibilità h24 di un medico di guardia nel presidio nei giorni prefestivi e festivi;

Tra i professionisti sanitari dell'area della riabilitazione sono ricomprese in funzione della tipologia dei pazienti in trattamento le figure di: fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, logopedista. I coordinatori avranno un 30% del loro orario dedicato ad attività di coordinamento mentre per il restante 70% dovranno continuare a svolgere attività di assistenza.

Nella struttura devono essere altresì presenti le seguenti figure professionali:

- dietista/dietologo a consulenza
- medici specialisti a consulenza (cardiologo, neurologi, urologo, ginecologo, etc.)

L'attività di riabilitazione viene svolta sia alla mattina che al pomeriggio.

L'attività riabilitativa, di almeno 3 ore giornaliere per ciascun degente, è assicurato dai tecnici della riabilitazione che intervengono sulle disabilità ed è ripartita in relazione alle necessità individuate nel Progetto Riabilitativo Individuale (PRI); tale attività potrà prevedere, se in accordo con il PRI, attività di nursing infermieristico finalizzate alle ADL (Attività della vita quotidiana), attività da svolgere in gruppo, attività di valutazione, attività che prevedono l'utilizzo di terapie fisiche. Per quanto riguarda le attività di riabilitazione nelle ADL erogate dagli infermieri, queste devono essere documentate e comunque eseguite da personale che ha avuto adeguata formazione specifica

I mezzi fisici utilizzati per i degenti, devono corrispondere ad indicazioni riconducibili all'EMB e comunque a criteri di "Good Practice" e quindi a logiche terapeutiche compatibili con la patologia di riferimento.

Disponibilità, anche in convenzione esterna, per TC/RNM, ecografia, EMG/ENG, diagnostica vascolare (ecodoppler).

In presenza di attività di consulenza presso altri reparti ospedalieri è inoltre da prevedersi un ulteriore e proporzionale adeguamento del personale medico specialistico e tecnico.

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

L'attività ambulatoriale e di Day Hospital in divisioni che eroghino prestazioni in regime di degenza deve riconoscere un proprio organico diverso da quello dedicato alla degenza. Per l'attività riabilitativa erogata in DH deve essere presente personale necessario a garantire le tre ore di terapia specifica per accesso.

Devono esistere procedure formalizzate per l'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti riguardanti l'appropriatezza del ricovero.

Devono esistere procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare la continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione.

*2.2A. **Riabilitazione Cardiologica***

La riabilitazione cardiologia può essere effettuata in un reparto codice 56 totalmente specializzato o in posti letto dedicati. I pazienti da sottoporre a riabilitazione intensiva cardiologia sono selezionati tramite un rigoroso processo di valutazione del bisogno riabilitativo intensivo nonché del rischio all'attività riabilitativa. Si considerano prioritari ed elettivi gli interventi riabilitativi rivolti al paziente post cardiochirurgico e infartuato.

Requisiti strutturali

Le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione cardiologica in regime di degenza devono possedere le caratteristiche strutturali valide per il codice 56 del presente documento.

Requisiti Tecnologici

Devono essere presenti:

- sistema Holter - ECG e Holter pressione;

- ergometria, ecocardiografia (disponibile), ECG;

- sistema telemetrico ECG, ossimetri, frequenzimetri, cicloergometri e/o tapis roulant;

- attrezzature usuali della palestra di cinesiologia, letti per rieducazione funzionale respiratoria;

- attrezzatura per il drenaggio bronchiale;

- strumenti per l'assistenza alla tosse.

Requisiti Organizzativi

Sono confermate le figure professionali riportate per il codice 56 con i relativi rapporti personale/posti letto, integrate dalla figura del medico specialista in cardiologia.

La responsabilità dell'unità/area di riabilitazione cardiologica è affidata ad un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o, nel rispetto della normativa vigente, ad uno specialista in cardiologia con esperienza nel settore.

Deve essere previsto un collegamento funzionale con un'unità dì terapia intensiva cardiologica.

2.2.B Riabilitazione Respiratoria

La riabilitazione respiratoria può essere effettuata in un reparto codice 56 totalmente specializzato o in posti letto dedicati.

Si intende per riabilitazione respiratoria un processo che tende al miglioramento della qualità della vita della persona attraverso la riduzione delle menomazioni d'organo e disabilità secondarie a patologia polmonare. L'obiettivo principale è quindi quello di interrompere il circolo vizioso innescato dalla dispnea e rafforzato dai supporti terapeutici (Ossigenoterapia, Ventilazione Meccanica), che porta ad una progressiva riduzione dell'attività fisica e dei contatti sociali, peggiorando sensibilmente la qualità della vita.

Si considerano prioritari ed elettivi gli interventi riabilitativi rivolti al paziente con malattie croniche ostruttive polmonari (COPD) e con patologie non ostruttive (fibrotorace, bronchiectasie, malattie neuromuscolari, deformità della gabbia toracica, paralisi diaframmatica, post resezione polmonare e post insufficienza respiratoria).

Requisiti strutturali

Le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione cardiologica in regime di degenza devono possedere le caratteristiche strutturali valide per il codice 56 del presente documento.

Requisiti Tecnologici

Devono essere presenti:

- saturimetro;

- spirometro-analizzatore gas espirati;

- ECG;

- ergometria;

- emogasanalisi;

- apparecchi per ventilazione meccanica non invasiva a pressione positiva e negativa;

- broncoaspiratori;

- strumenti per l'assistenza alla tosse;

- apparecchi portatili per O_2 terapia.

Requisiti Organizzativi

Sono confermate le figure professionali riportate per il codice 56 con i relativi rapporti personale/posti letto, integrate dalla figura del medico specialista in pneumologia.

La responsabilità dell'unità/area di riabilitazione respiratoria è affidata ad un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o, nel rispetto della normativa vigente, ad uno specialista in pneumologia con esperienza nel settore.

Deve essere previsto un collegamento funzionale con un'unità di terapia intensiva.

2.3. DAY HOSPITAL RIABILITATIVO (COD.56)

Finalità

Il Day Hospital riabilitativo rappresenta un modalità di erogazione degli interventi di riabilitazione intensiva ed è dedicato a pazienti affetti da patologie disabilitanti di varia natura che necessitano di interventi di valutazione e/o di trattamento riabilitativo intensivo nell'arco della giornata, senza necessità di assistenza continua medico infermieristica nell'arco delle 24 ore.

Le funzioni del D.H. riabilitativo sono rivolte principalmente a:

- prevenire la istituzionalizzazione dei soggetti a rischio accelerando e facilitando la restituzione del paziente al proprio contesto socio-familiare;
- attuare controlli ed interventi medico riabilitativi complessivi in alternativa ai ricoveri ripetuti in caso di riacutizzazione od aggravamento di una patologia invalidante;
- facilitare la fornitura e l'addestramento all'utilizzo di protesi, ortesi, ausili mediante la effettuazione di specifiche sedute di valutazione e addestramento all'uso;
- consentire un intervento di riabilitazione intensiva quando il ricovero ordinario costituisca una specifica controindicazione (come ad esempio, nell'età evolutiva o dopo ospedalizzazione prolungata).

Destinatari

Il trasferimento in D.H. dal regime di ricovero ordinario avviene quando:

- il paziente ha raggiunto un livello di autonomia funzionale che non necessiti della tutela in ambiente ospedalizzato per tutte le 24 ore;
- non sussistono necessità rilevanti di nursing infermieristico per tutte le 24 ore;
- è presente un adeguato supporto familiare in assenza di barriere che non rendano praticabile i D.H. con sicurezza e continuità.

Per il paziente in D.H. proveniente dal proprio domicilio o da altri reparti valgono le stesse procedure di presentazione, accoglimento e presa in carico previste per il ricovero ordinario nell'Unità di Riabilitazione Intensiva.

2.3.1. Requisiti Strutturali Tecnologici e Organizzativi

Oltre ai requisiti del Day Hospital medico di cui al punto 1.3., devono essere posseduti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti per le UU.OO. di riabilitazione intensiva dimensionati alla quantità dell'utenza.

Nel Day Hospital riabilitativo neuromotorio gli ambienti per la degenza possono essere sostituiti con locali di soggiorno attesa con superficie non inferiore a 4 mq a posto letto.

L'attività di D.H. riabilitativo non è vincolata unicamente alla presenza fisica del posto letto dedicato, in quanto è legata alla disponibilità di posti cura intesi come spazi e tempi terapeutici.

2.4. ALTE SPECIALITA' RIABILITATIVE

Le Alte Specialità Riabilitative si inquadrano nel III livello e svolgono le seguenti funzioni:

- ricovero di soggetti affetti da gravi disabilità di competenza, sulla base di specifici protocolli di accesso e di collegamento con le strutture di I e II livello;
- ricovero per rivalutazioni o per interventi terapeutici di breve durata e di alta specialità su richiesta dei centri di II e I livello;
- consulenza e valutazioni per predisporre, adattare, verificare il progetto riabilitativo individuale predisposto su richiesta dei centri di I e II livello.

Le Alte Specialità sono deputate::

- al trattamento degli esiti delle mielolesioni - **Unità spinale unipolare** (COD. 28)
- al trattamento di persone con lesioni midollari stabilizzate - **Centro spinale**
- al trattamento di pazienti post-comatosi con gravi disturbi della coscienza e/o con danni neurologici di estrema gravità - **Unità di Neuroriabilitazione ad alta intensità** (COD. 75)
- al trattamento delle gravi disabilità in età evolutiva - **Unità per le disabilità gravi dell'età evolutiva (U.D.G.E.E.).**

Le Alte Specialità costituiscono centri a valenza sovraziendale e/o regionali e sono strettamente integrati funzionalmente con la rete complessiva dei servizi sanitari di riabilitazione di II e I livello con i quali dovranno raccordarsi per seguire il disabile nel proprio territorio di vita garantendo il completamento del percorso riabilitativo secondo programmi ben definiti e vincolanti.

Le strutture dei punti 2.5.1. e 2.5.2. devono essere strettamente raccordate sulla base di protocolli condivisi, con le strutture afferenti al sistema dell'emergenza /urgenza individuati sul territorio ed in particolare con i D.E.A. di II livello e con i Trauma Center al fine di fornire la propria consulenza immediatamente dopo il trauma e durante le eventuali fasi di ricovero in rianimazione, neurochirurgia, ortopedia nonché garantire un tempestivo accoglimento del soggetto neuroleso.

Le UU.OO. garantiscono quindi l'intervento delle competenze riabilitative fin dalle prime ore dall'insorgenza dell'evento lesivo, attraverso una corretta impostazione del progetto riabilitativo individuale, assicurando un intervento tempestivo, multiprofessionale e multidisciplinare durante la degenza presso l'area funzionale dell'emergenza.

2.4.1 UNITÀ SPINALE UNIPOLARE (COD.28)

Finalità

L'Unità Spinale Unipolare (USU) garantisce il percorso curativo-assistenziale del paziente medulloleso ad iniziare dalla fase dell'emergenza sino al recupero socio-familiare. Tale percorso deve essere garantito all'interno della struttura ospedaliera stessa.

Il trattamento è finalizzato al recupero della massima autonomia e indipendenza della persona medullolesa, compatibilmente con il livello di lesione midollare e con le sue condizioni generali, ed è valutato attraverso l'utilizzo di scale di esito funzionali. La fase di reinserimento socio-familiare, avviata già durante l'ospedalizzazione presso l'USU, vede il coinvolgimento attivo, coordinato e armonizzato, sia dell'USU che dei distretti sociosanitari e delle strutture riabilitative territoriali di competenza, attraverso contatti continui e la condivisione degli interventi che si riterranno necessari, definiti in appositi protocolli.

L'èquipe dell'USU elabora un progetto riabilitativo individuale, nel pieno rispetto della centralità della persona medullolesa, considerate le condizioni cliniche, la prognosi del recupero, e le condizioni socio familiari. Il progetto è condiviso e partecipato dal paziente e dai familiari e/o congiunti, definisce i singoli programmi per il raggiungimento degli obiettivi e mantiene tale responsabilità anche dopo le dimissioni. L'èquipe, inoltre, garantisce l'unitarietà dell'intervento clinico-riabilitativo, rispetto alle esigenze della persona con lesione midollare nella sua globalità fisica, psichica, affettiva, emozionale, relazionale e sociale, fin dalla fase dell'emergenza-acuzie e per tutta la durata della degenza, seguendone l'evoluzione.

L'USU è collocata all'interno di Ospedali/Poli Ospedalieri sedi di D.E.A. di II livello o di Trauma Center; è in diretta continuità con i reperti di Rianimazione e di Terapia Intensiva per poter garantire:

- il ricovero diretto in USU da parte del 118, quando le condizioni generali non rendano necessario il ricovero in Rianimazione o in Terapia Intensiva;

- la rapida e precoce presa in carico da parte dell'equipe dell'USU, anche in caso di ricovero del paziente nelle UOC di Rianimazione, Terapia Intensiva o Neurochirurgia;

- l'immediato intervento in USU da parte dei Medici Rianimatori, in caso di comparsa di gravi complicazioni per i degenti (es. improvvise complicanze respiratorie).

Devono essere assicurati i seguenti servizi diagnostici di riferimento:

Neuro-psicologia:

- Valutazione delle funzioni corticali superiori (linguaggio, prassie, memoria, gnosie, funzioni attivo-percettive e di controllo).
- Disturbi neurocomportamentali.

Neurofisiologia:

- E.E.G. on line.
- E.E.G. quantitativo (brain mapping) o Potenziali evocati cognitivi o Potenziali evocati acustici.
- Potenziali evocati somatosensoriali o Potenziali evocati visivi.
- Potenziali evocati sacrali.
- E.M.G.-E.N.G..
- Stimolazione magnetica.
- Valutazione neurovegetativa.

Urologia:

- Urodinamica.
- Holter delle vescicole.
- Impianto di catetere sovrapubico.
- Cistoscopia.

Oculistica

- Campimetria.
- Schermo di Hess.
- Lampada a fessura.

Cardiologia

- E.C.G..
- E.C.G. dinamico.
- Valutazione ergometrica.

Broncopneumologia:

- Funzionalità respiratoria.

Radiologia :

- Rx.
- T.C..
- R.M. 1,5 TESLA con F.F.E. e FLAIR.
- Videofloroscopia della deglutizione.
- Scintigrafia ossea standard e con linfociti marcati.
- Ecografia.

Diagnostica con ultrasuoni-Chirurgia vascolare:

- Doppler sono grafia.
- Ecodoppler monografia.
- Ecocolordoppler monografia.
- Procedure chirurgiche d'urgenza.

Patologia clinica:

- Chimica clinica.
- Microbiologia.
- Virologia.
- Immunologia.
- Ormonali.

Neurochirurgia

- Misurazione della pressione intracranica.
- Trattamento degli idrocefali ipertensivi e normotensivi.
- Trattamento di raccolte subdurali subacute e croniche.
- Impianto di pompa per infusione per endorachide di Baclofen.

Gastroenterologia

- Endoscopia digestiva.
- Impianto PEG.

Chirurgia toracica

- Fibrobroncoscopia.
- Laserterapia.
- Impianto endoprotesi tracheali.
- Procedure chirurgiche d'urgenza.

Infettivologia:

- Consulenze.

Otorinolaringoiatria

- Audiometria.
- Esame vestibolare.
- Rinoscopia.
- Laringoscopia.

Ortopedia e traumatologia :

- Ortesi gessate progressive.
- Trattamento ossificazioni eterotopiche.
- Allungamento tendini.
- Procedure chirurgiche d'urgenza.

2.4.1.1. Requisiti Strutturali

Oltre ai requisiti di cui al punto 2.0.1., devono essere previsti:

- camere di degenza attrezzate tutte con bagno accessibile, con w.c. e doccia e relativi accessori;

- un locale destinato all'effettuazione della barella-doccia;

- spazi per attività di sport-terapia, di attività sportiva ludica e per il tempo libero (sala televisione, musica, etc);

- spazio per l' infermiere, con punto accoglienza;

- locale per riunioni di équipe;

- locali per le attività di Terapia Occupazionale, comprendenti una zona officina per la personalizzazione, lo studio dell' assetto posturale in carrozzina e la sua manutenzione, una zona per l'addestramento alle Attività di Vita Quotidiana (igiene, alimentazione, abbigliamento, trasferimenti, attività domestiche), percorsi esterni per i training in carrozzina;

- spazio da destinare al rapporto con le Associazioni rappresentative degli utenti (persone con lesione midollare stabilizzata); in particolare è individuato un ambito nel quale inserire le attività di "consulenza alla pari" svolte da persone con lesione midollare già stabilizzata, utile a fornire alle persone ricoverate, informazioni, indicazioni ed orientamenti;

- locale soggiorno dedicato a momenti di socializzazione, incontri con familiari e conoscenti e per il tempo libero;

- area per idrochinesiterapia, con vasca idroterapica accessibile; in assenza è prevista la possibilità di convenzioni esterne.

- almeno 2 posti letto dotati di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica destinati ai pazienti recentemente trasferiti dalle unità di cure intensive che possono avere necessità o per situazioni di possibile aggravamento;
- due bagni assistiti di cui uno dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina ovvero doccia attrezzata;
- una sala medicazione attrezzata anche per la piccola chirurgia (compresa lampada scialitica e stativo).

Devono essere presenti spazi destinati al soggiorno e al tempo libero.

2.4.1.2. Requisiti Tecnologici

Oltre ai requisiti previsti al punto 2.0.2., devono essere presenti:
- apparecchi per aerosol terapia ad ultrasuoni;
- apparecchi per la saturimetria transcutanea;
- broncoaspiratori;
- sollevatori per pazienti di cui almeno due elettrici, uno a barella e con diverse tipologie di imbracature (ad amaca standard, ad amaca con appoggiatesta) con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento;
- un sistema pesapersone per disabili;
- ventilatore, anche portatile;
- letti attrezzati per il monitoraggio cardiorespiratorio non invasivo;
- disponibilità di un sistema di valutazione neurofisiopatologica per elettromiografie, elettroencefalografie, potenziali evocati somatosensoriali, potenziali evocati motori;
- disponibilità di uno spirometro ed apparecchio per E.G.A.;
- disponibilità di un sistema di valutazione urodinamica;
- disponibilità di un sistema di monitoraggio pressorio.

- letti elettrici a tre snodi, con possibilità di essere abbassati fino a 40 cm, per favorire i trasferimenti, con tavolo servitore e comodino;

- letti basculanti per pazienti ancora non stabilizzati chirurgicamente (es. egerton);

- sistemi di chiamata/allarme, inclusi quelli per tetra a succhio-soffio o con bottone;

- materassi antidecubito ad alta e media protezione, di vario tipo a seconda delle esigenze specifiche (fluidizzati o ad aria con caratteristiche simili, lattice) anche con contratti di service;

- carrello per le emergenze cardiopolmonari;

- pulso-ossimetri, in numero di almeno 1 ogni 4 posti letto;

- 1 barella-doccia ogni 8 malati;

- un apparecchio di pressoterapia peristaltica, per prevenzione TVP, ogni 8 pazienti;

- letti per rieducazione motoria (sia 100 x 200 che 200 x 200), ad altezza variabile (da 44 a 85 cm), nel rapporto di 1 ogni 3 pazienti;

- cicloergometri per arti superiori ed inferiori (1 ogni 8 pazienti) ed un multipower per rinforzo muscolare, parallele (per lesioni incomplete), standing;

- carrozzine basculanti per tetraplegici (1 ogni 4 pazienti);

- carrozzine leggere e superleggere di varie misure e modelli da quelle standard a quelle personalizzate (almeno 1/3 rispetto al numero dei posti letto);

- video-uro-dinamica;

- ausili per la comunicazione.

Ed inoltre per le attività di rieducazione motoria:

- lettini per rieducazione motoria (100 x 200 cm) ad altezza variabile elettricamente (da 44 a 85 cm);
- lettini per rieducazione motoria di dimensioni 200 x 200 cm ad altezza variabile (da 44 a 85 cm).

Eventuale attrezzatura per la piscina:

- un sollevatore fisso per trasferimento in acqua;
- braccioli e tavolette per idroterapia;
- salvagenti muniti di corde per il recupero.

Area di degenza

Devono essere presenti:

- letti poliarticolati in clinostatismo e verticalizzanti a 90°;
- materassi antidecubito (schiuma o lattice);
- testa letto con impianto centralizzato per vacuum, O_2, sistema di chiamata e luci;
- un modulo contenitore per ogni paziente, con vari ripiani atti a contenere: biancheria pulita, materiale per l'igiene, capi di abbigliamento per l'esterno, piccolo materiale ortesico per i posizionamenti;
- un contenitore per conservare le ortesi;
- piani di lavoro;
- un modulo ad U attrezzato per l'osservazione infermieristica;
- carrozzine speciali;
- 10 imbracature per il sollevamento del paziente;
- 2 sollevatori;
- 2 sistemi di pesatura del paziente;
- 1 barella doccia;
- 1 barella a cucchiaio;
- 1 vasca a farfalla;
- 2 kinetec arto inferiore;

2.4.1.3. Requisiti Organizzativi

Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.3, devono essere posseduti i requisiti sottoriportati.

L'USU si avvale, in forma organizzata, oltre che delle specialità già previste nel DEA di II livello (atte a garantire l'emergenza rianimatoria, neurochirurgia, medica, chirurgica e ortopedica), di altre attività specialistiche come:Urologia, Chirurgia plastica e Chirurgia Vascolare, la Neurologia/Neurofisiologia, la Diagnostica per immagini.

Inoltre è garantito:

- équipe costituita da dirigenti medici di varia specialità, tra cui ad es.: fisiatra, internista, pneumologo, neurologo, anestesista, etc.

- disponibilità costante e organizzata di Anestesista, Neurologo, Urologo con dimostrata esperienza in lesioni midollari e Andrologo (anche con posti letto di degenza e camera operatoria), Neurochirurgo (test al baclofene e impianti di sistemi infusionali intratecali), Chirurgo plastico, Chirurgo generale, Chirurgo vascolare e angiologo, Ortopedico, Otorinolaringoiatra, Chirurgo vertebrale dedicato, Gastroenterologo (impianto PEG), Nutrizionista clinico.

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che, per unità operative di 20 posti deve essere composta da:

- 5 medici la mattina, 1 medico pomeriggio, 1 medico di notte;

- 10 Infermieri la mattina (oppure 7 + 4 OSS), 7 il pomeriggio (oppure 5+3 OSS), 5 la notte;

- 6 Fisioterapisti la mattina ed uno il pomeriggio; 1 coordinatore dei Fisioterapisti;

- 4 Terapisti occupazionali la mattina ed uno il pomeriggio; 1 coordinatore dei Terapisti occupazionali;

- devono essere presenti lo Psicologo e l'Assistente sociale;

- disponibilità del Logopedista.

Sono assicurate, nel P.O. sede dell'USU, le seguenti attività:

- Urologia, per garantire la gestione clinico-diagnostica e terapeutica (medica e chirurgica) dei degenti in USU e delle persone afferenti alla struttura per periodici controlli (videourodinamica, ecografie, litotrissia, uretrocistoscopie, vescica neurogena, etc);

- Patologia clinica, chimica clinica, microbiologia, virologia, immunologia, studio ormonale;

- Neurochirurgia (chirurgia vertebrale, impianti sistemi infusionali intratecali);

- Anestesia e rianimazione (fibrobroncoscopia disostruttiva e diagnostica, tracheotomie, gestione pazienti in ventilazione assistita, etc);

- Chirurgia generale e d'urgenza (gastroscopie, impianto P.E.G., ecc.);

- Ortopedia e traumatologia;

- Chirurgia plastica e ricostruttiva (trattamento lesioni da pressione).

Sono definiti protocolli operativi con i seguenti servizi, anche esterni:

- Chirurgia Maxillo-facciale;

- Ostetricia e Ginecologia (è necessario prevedere che l'USU abbia la possibilità di seguire la gravidanza ed il parto delle donne para e tetraplegiche);

- Scintigrafia ossea standard e con linfociti marcati;

- Videofluoroscopia della deglutizione;

- Endoscopia Toracica: laserterapia endotracheale, impianto di endoprotesi tracheali, fibrobroncoscopia;

- Polisonnografia;

- Infettivologia.

2.4.2 CENTRO SPINALE

Il Centro Spinale (CS) è dedicato al trattamento delle persone con lesione midollare stabilizzata e alla gestione delle principali complicanze che si possono creare nelle fasi successive all'evento acuto. E' collocato all'interno, o in collegamento funzionale con un DEA di I livello per la gestione di eventuali eventi acuti. Il Centro Spinale è inserito nella rete riabilitativa e pertanto collabora in modo privilegiato con l'Unità Spinale Unipolare nel trattamento di pazienti in fase acuta.

E' prevista la possibilità di ricoveri successivi da domicilio, con la stessa complessità di intervento multidisciplinare, per assicurare la corretta gestione delle complicanze del medulloleso: terapia conservativa e chirurgica delle lesioni da pressione, studio e trattamento delle paraosteopatie, diagnostica e terapia neuro-urologica, chirurgia ortopedica e traumatologica, riabilitazione respiratoria, trattamento del dolore, trattamento della spasticità, problematiche vascolari, intestinali e internistiche, valutazioni posturali, programmi specifici di recupero o miglioramento delle autonomie funzionali delle attività della vita quotidiana, della mobilità e dei trasferimenti in autonomia.

2.4.2.1. ***Requisiti strutturali***

Devono essere presenti:

- camere di degenza a 2-3 letti attrezzate tutte con bagno accessibile, con w.c. e doccia e relativi accessori;

- spazi per attività di sport-terapia, di attività sportiva ludica e per il tempo libero (sala televisione, musica);

- spazio per l'infermiere, con punto accoglienza;

- locale per riunioni di équipe;

- locale palestra attrezzata per le attività di riabilitazione;

- locali per le attività di Terapia Occupazionale, comprendenti una zona officina per la personalizzazione, lo studio dell'assetto posturale in carrozzina e la sua manutenzione, una zona per l'addestramento alle Attività di Vita Quotidiana (igiene, alimentazione, abbigliamento, trasferimenti, attività domestiche), percorsi esterni per i training in carrozzina, locali adibiti come case pre-dimissioni;

- locale soggiorno dedicato a momenti di socializzazione, incontri con familiari e conoscenti e per il tempo libero (sala televisione);

- area per l'idrochinesiterapia con vasca idroterapica accessibile e annessi spogliatoi e servizi wc-doccia accessibili, oppure il convenzionamento con una piscina accessibile esterna.

2.4.2.2. ***Requisiti tecnologici***

Devono essere presenti:

- letti elettrici a tre snodi, con possibilità di essere abbassati fino a 40 cm, per favorire i trasferimenti, con tavolo servitore e comodino;

- testa letto centralizzato per vacuum e ossigeno;

- sistemi di chiamata/allarme, inclusi quelli per tetra a succhio-soffio o con bottone;

- materassi antidecubito ad alta e media protezione, di vario tipo a seconda delle esigenze specifiche (fluidizzati o ad aria con caratteristiche simili, lattice), anche con contratti di service;

- pulso-ossimetri, in numero di almeno 1 ogni 8 posti letto;

- uno solleva-malati manuale e/o elettrico ogni 12 letti, con imbracature di diverso tipo;

- una barella-doccia ogni 12 malati;

- letti per rieducazione motoria (sia 100 x 200 che 200 x 200), ad altezza variabile (da 44 a 85 cm);

- cicloergometri per arti superiori ed inferiori (1 ogni 8 pazienti) ed un multipower per rinforzo muscolare, parallele (per lesioni incomplete), standing;

- carrozzine basculanti per tetraplegici (1 ogni 4 pazienti);

- carrozzine leggere e superleggere di varie misure e modelli da quelle standard a quelle personalizzate (almeno 1/3 rispetto al numero dei posti letto);

- sistema pesatura-paziente;

- un carrello per emergenze cardiopolmonari e rianimatorie;

- ausili per la comunicazione.

2.4.2.3. ***Requisiti Organizzativi***

I trattamenti sono erogati dall'equipe multiprofessionale e multidisciplinare. Sono presenti nell'equipe almeno le seguenti figure mediche specialistiche: fisiatra, neurologo, pneumologo e internista o equipollenti. Inoltre è previsto l'accesso costante e programmato dei seguenti specialisti: Anestesista, Neurologo, Chirurgo generale, Chirurgo vascolare, Angiologo, Ortopedico, Otorinolaringoiatra, Chirurgo plastico e Nutrizionista.

Il personale di seguito indicato è dedicato alle attività di degenza; per un modulo di 20 pl deve essere garantita la presenza:

- 3 medici la mattina, 1 medico il pomeriggio e la copertura della guardia notturna e festiva;

- 7 Infermieri la mattina (oppure 5 +3 OSS), 6 Infermieri il pomeriggio (oppure 5 +2 OSS), 3 Infermieri la notte;

- 6 Fisioterapisti; 1 coordinatore dei Fisioterapisti;

- 3 Terapisti occupazionali; 1 coordinatore dei Terapisti occupazionali;

- devono essere presenti lo Psicologo e l'Assistente sociale;

- disponibilità dei Logopedista.

Devono essere assicurate le seguenti attività diagnostiche e/o valutative::

- Neurofisiologia: EEG, Potenziali Evocati Somato Sensoriali (PESS), Potenziali Evocati Motori (PEM), EMG ed ENG;

- Urologia: VideoUroDinamica (VUD), Uretrocistoscopia, Ecografia;

- Cardiologia: ECG, Ecocardiografia, Holter;

- Broncopneumologia: Prove di Funzionalità Respiratoria, Fibrobroncoscopia, Polisonnografia;

- Diagnostica per Immagini: Rx, Ecografia, Eco-colordoppler;

- Diagnostica Complessa per Immagini: TC, RMN

- Patologia Clinica: Chimica Clinica, Microbiologia, Virologia, Immunologia, Studio Ormonale;

- Gastroenterologia: Endoscopia Digestiva, Impianto di PEG;

- Otorinolaringoiatria: Esame Audiovestibolare, Laringoscopia;

- Ortopedia e Traumatologia: Valutazione e trattamento POAN (paraosteoartropatie neurogene).

Devono essere assicurati i seguenti servizi, anche in collegamento funzionale con altri presidi ospedalieri:

- Psicologia (attività di supporto psicologico per i degenti ed i familiari);

- Neurochirurgia e neurotraumatologia;

- Chirurgia Plastica: trattamento delle ulcere da pressione;

- Chirurgia Maxillo-facciale;

- Ostetricia e Ginecologia;

- Scintigrafia ossea standard e con linfociti marcati;

- Videofluoroscopia della deglutizione;

- Endoscopia Toracica: laserterapia endotracheale, impianto di endoprotesi tracheali, fibrobroncoscopia;

- Infettivo logia;

- Andrologia: ecografia dei corpi cavernosi del pene;

- Nutrizione Clinica.

2.4.3. UNITA' DI NEURORIABILITAZIONE AD ALTA INTENSITA' (COD.75)

Finalità

L'Unità di neuro riabilitazione ad alta intensità (cod.75) è finalizzata al trattamento dei soggetti affetti da gravi cerebro lesioni acquisite intese come persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica e di altra natura, tale da determinare una condizione di coma più o meno protratto con punteggio GCS inferiore ad 8 in fase acuta, GOS 2-3, LCF 1-4 e DRS superiore o uguale a 17.

In tali UU.OO. devono essere assicurate le seguenti attività specialistiche: rianimazione e terapia intensiva, neurochirurgia, medicina riabilitativa, neurologia, otorinolaringoiatria, oculistica, chirurgia generale, medicina generale, endocrinologia, psichiatria, chirurgia maxillofacciale, ortopedia e traumatologia.

Nelle UU.OO. di Neuroriabilitazione ad Alta Intensità possono essere offerti i seguenti servizi:

- Fisiocinesiterapia.
- Riabilitazione cognitiva.
- Terapia occupazionale.
- Rieducazione respiratoria.
- Terapia foniatrica (riabilitazione, deglutizione e fonazione).
- Riabilitazione linguaggio (servizio afasia).
- Riabilitazione urologia.
- Neuropsicologia/psicologia clinica.
- Riabilitazione ortoptica (diplopia e disturbi della visione).
- Trattamento spasticità.
- Idrochinesiterapia (piscina).
- Supporto tecnico ortopedico e carrozzine personalizzate.
- Supporto sociale.

Diagnostica disponibile:

- Tomografia computerizzata.
- Risonanza magnetica.
- Ecografia e doppler.
- Radiologia generale.

- Videofluoroscopia (cinematografia della deglutizione).
- Fibrolaringoscopia.
- Endoscopia.
- Spirometria.
- Urodinamica e cistomanometria.
- Potenziali evocati.
- Elettromiografia.
- Elettroencefalografia.

Consulenze specialistiche:

- Neurologica.
- Ortopedica.
- Neurochirurgica.
- Chirurgia generale.
- Infettivologica.
- Endocrinologia.
- Pneumologia.
- Urologia.
- Cardiologica.
- Dermatologica.
- Otorinolaringoiatra/foniatra.
- Oculistica.
- Rianimatoria.
- Chirurgia plastica.
- Chirurgia maxillo facciale.
- Chirurgia funzionale.

Criteri di inclusione

a) Coma con Glasgow Coma Scale < 8 nella fase acuta (trauma cranico e coma di altra causa);

b) GOS 2-3, LCF 1-4 e DRS superiore o uguale a 17;

c) Durata del coma di almeno 48 ore;

d) Ricovero in Rianimazione e Neurochirurgia per almeno 7 giorni.

Caratteristiche dei pazienti

Presenza di almeno tre dei seguenti criteri:

- provenienza diretta dalla Rianimazione o dalla Neurochirurgia;
- presenza di tracheostomia;
- presenza di stenosi tracheale, diagnosticata mediante esame fibroscopico;
- presenza di alimentazione parenterale (accesso venoso centrale);
- presenza di alimentazione enterale (sondino naso-gastrico o PEG "*percutaneos endoscopic gastrostomy*";
- diagnosi di coma, stato vegetativo o stato di minima coscienza;
- tetraplegia o tetraparesi;
- sindrome disautonomica vegetativa (sudorazione profusa, tachicardia, tachipnea., crisi ipertoniche, ipertermie recidivanti);
- sindrome psicorganica grave (agitazione psicomotoria o inerzia o atteggiamento oppositivo o mutismo e/o assenza di collaborazione);
- sindrome da prolungato allettamento (ulcere da decubito, anchilosi articolari, retrazioni capsulo-tendinee, ipotrofia muscolare diffusa, polineuropatia (critical illness polineuropathy);
- spasticità invincibile resistente ai comuni trattamenti antispastici;
- dipendenza totale per l'alimentazione, la cura, l'igiene personale e il controllo degli sfinteri (incontinenza urinaria e fecale).

2.4.3..1. Requisiti Strutturali

Oltre ai requisiti previsti al punto 2.0.1., per la riabilitazione intensiva devono essere previsti:

- almeno una stanza singola attrezzata per eventuale necessità di isolamento del paziente, per problematiche infettive a particolare rischio di contagio o particolari problematiche neuropsicologiche di difficile contenzione;
- stanze con videosorveglianza, per il controllo anche notturno di problematiche mediche e/o neuropsicologiche complesse;
- almeno n.2 posti letto dotati di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica destinati ai pazienti recentemente trasferiti dalle unità di cure intensive che possono avere necessità o per situazioni di possibile aggravamento;
- n.2 servizi igienici assistiti per pazienti non autosufficienti, di cui uno dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina;
- una sala medicazione attrezzata anche per la piccola chirurgia (compresa lampada scialitica e stativo);

- sala per le riunioni dell'équipe riabilitativa e terapia di gruppo per i pazienti (musicoterapia, terapia cognitiva di gruppo etc..)

è auspicabile la presenza di un'area piscina destinata sia all'attività di idroterapia che all'attività natatoria con annesso spogliatoio e servizio wc – doccia.

2.4.3.2. Requisiti Tecnologici

Oltre ai requisiti previsti al punto 2.0.2., per la riabilitazione intensiva devono essere presenti:

- apparecchi per aerosol terapia ad ultrasuoni (o impianto di aria medicata);
- apparecchi per la saturimetria transcutanea;
- bronco aspiratori (o impianto di aspirazione a vuoto);
- sollevatori per pazienti di cui almeno due elettrici, uno a barella e con diverse tipologie di imbracature (ad amaca standard, ad amaca con appoggiatesta) con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento;
- un sistema pesapersone per disabili;
- ventilatore, anche portatile;
- letti attrezzati per il monitoraggio cardiorespiratorio non invasivo;
- letti speciali elettrici e verticalizzabili
- presidi anti-decubito
- disponibilità di un sistema di valutazione neurofisiopatologica per elettromiografie, elettroencefalografie, potenziali evocati somatosensoriali, potenziali evocati motori;
- disponibilità di uno spirometro ed apparecchio per E.G.A.;
- disponibilità di un sistema di valutazione urodinamica;
- disponibilità di un sistema di monitoraggio pressorio;
- disponibilità di un fibrolaringoscopio.

Ed inoltre per le attività di rieducazione motoria:

- lettini per rieducazione motoria (100 x 200 cm) ad altezza variabile elettricamente (da 44 a 85 cm);
- lettini per rieducazione motoria di dimensioni 200 x 200 cm ad altezza variabile (da 44 a 85 cm).

Eventuale attrezzatura per la piscina:

- un sollevatore fisso per trasferimento in acqua;

- braccioli e tavolette per idroterapia;
- salvagenti muniti di corde per il recupero;
- reperibilità anestesiologica e disponibilità di un ventilatore meccanico;
- disponibilità di stanze attrezzate con monitor per la valutazione delle funzioni vitali;
- disponibilità di saturimetro fisso e portatile, ed emogasanalizzatore;
- disponibilità di letti speciali, basculanti, verticalizzabili, materassi antidecubito, vasca e sollevatori.

2.4.3.3. Requisiti Organizzativi

Oltre ai requisiti generali di cui al punto 2.0.3. e ad integrazione degli stessi, devono essere posseduti i requisiti sotto riportati.
L' unità è collegata funzionalmente con strutture per l'emergenza e urgenza con i reparti per acuti ad elevata complessità (ad esempio neurochirurgia) attraverso protocolli definiti a livello regionale.
Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che assicuri un impegno riabilitativo quotidiano di almeno 3 ore.

Quest'ultima, per unità operative di 20 posti, deve essere composta da:

- medici dirigenti in possesso della specializzazione in fisiatria, neurologia o altra specializzazione equipollente, ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore (rapporto 1 a 7);
- infermieri (rapporto 1 a 1 di cui uno coordinatore);
- tecnici della riabilitazione: terapisti della riabilitazione, occupazionali, logoterapisti con esperienza nella terapia cognitiva e foniatrica, psicomotricisti per l'età evolutiva, ortottisti (rapporto di 1 a 3 di cui uno coordinatore);
- O.S.S. (rapporto di 1 a 5);
- psicologo e neuropsicologo (part-time);
- assistente sociale.

Tali rapporti sono intesi su base giornaliera e distribuita nei tre turni.

Inoltre l'attività medica dovrà essere obbligatoriamente integrata con l'accesso costante e programmato delle sottoelencate specialità: neurologia, fisiatria, urologia, neurochirurgia, chirurgia generale e plastica.

In particolare dovranno essere garantite, se non erogate dal personale medico all'interno del nucleo fisso, le seguenti attività: ortopedico, neurotraumatologo e/o neurochirurgo, anestesista rianimatore, otorinolaringoiatra, pneumologo, chirurgo maxillofacciale e chirurgo toracico.

Devono inoltre essere disponibili:

- servizio di neuropsicologia, con neuropsicologi e professionisti sanitari per l'area della riabilitazione dedicati alla riabilitazione cognitiva e con esperienza specifica per la valutazione e il trattamento dei disturbi neuropsicologici dei pazienti post-comatosi;
- servizio di psicologia clinica dedicato all'accoglienza e al supporto di familiari con personale e spazi dedicati;
- consulenze esterne e connessione funzionale regolamentata con reparti di rianimazione, chirurgia toracica, chirurgia generale o gastro-enterologia per impianto, gestione e rimozione PEG, neurochirurgia, chirurgia maxillo- facciale, chirurgia plastica, infettivologia, endocrinologia, ortopedia con esperienza specifica in chirurgia funzionale delle principali anchilosi osteo-articolari, ossificazioni para articolari, retrazioni capsulo-tendinee etc..;
- supporto dell'assistente sociale nelle procedure e nelle pratiche necessarie al riconoscimento dei benefici di legge, di integrazione e/o trasferimento in altre strutture;
- laboratorio ortopedico per fornitura ausili;
- collegamento funzionale con servizi/strutture specializzate per infiltrazione con tossina botulinica, test, applicazione e gestione di pompa intra-rachidea con baclofen.

Devono esistere procedure formalizzate per l'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti riguardanti l'appropriatezza del ricovero.

Devono esistere procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare la continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione.

2.4.4 UNITÀ PER LE DISABILITÀ GRAVI IN ETÀ EVOLUTIVA (U.D.G.E.E.)

Finalità

L'Unità per la riabilitazione delle gravi disabilità in età evolutiva (U.D.G.E.E.) è espressamente destinata ad affrontare i complessi e gravi problemi diagnostici, valutativi e rieducativi delle patologie motorie e cognitive congenite od acquisiti nella prima infanzia e nell'età evolutiva.
L'U.D.G.E.E. va prevista per bacini regionali di utenza.
L'accesso in regime di ricovero ordinario è rivolto prevalentemente a pazienti provenienti da reparti di Terapia Intensiva/Rianimazione o da altri reparti per acuti.
L'U.D.G.E.E è collocata all'interno di un presidio ospedaliero dove siano garantite, anche in collegamento funzionale le seguenti competenze specialistiche: rianimazione e terapia intensiva, patologia neonatale, ortopedia, neurochirurgia, pediatria, neurologia, otorinolaringoiatria, oculistica, chirurgia generale, medicina generale, medicina fisica e riabilitazione, chirurgia infantile con funzione di urologia pediatrica, neuropsichiatria infantile.

2.4.4.1. Requisiti Strutturali

Devono essere presenti:

- almeno 2 posti letto dotati di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica;
- un bagno assistito dotato di ampia vasca per immersione totale del paziente in posizione supina;
- sala medicazioni attrezzata anche per la piccola chirurgia (compresa lampada scialitica su stativo), dotata di gas medicali e sistema di aspirazione;
- sala gessi;
- camere di degenza con possibilità di ospitare un accompagnatore per ogni bambino;
- spazi dedicati alla valutazione;
- spazio multifunzionale per attività dinamiche e/o di gruppo;
- spazi per attività statiche o individuali;
- locale per riunioni di équipe

2.4.4.2. Requisiti Tecnologici

Devono essere presenti:

- letti di degenza a tre segmenti regolabili, con spondine e relativi "trapezi" e " archetti alzacoperte", regolabili in altezza;
- disponibilità di materassi anti decubito di differenti tipologie, in rapporto alle necessità e comunque non inferiore al 50% dei posti letto;
- apparecchi per areosol terapia;
- sistemi di bronco aspirazione, di cui almeno uno mobile;
- almeno 1 sollevatore elettrico per pazienti con diverse tipologie di imbragature, di cui almeno uno con possibilità di raccolta e deposizione del paziente a livello del pavimento;
- attrezzature per la movimentazione sicura del paziente negli spazi di degenza e il trasporto nelle palestre di riabilitazione;
- almeno 4 carrozzine con schienale alto regolabile e con sistema di postura;
- 1 sistema pesapersone disabile;
- cuscini antidecubito;
- sistemi di postura, compreso sostegno arti superiori;
- 1 oftalmoscopio;
- poltroncine doccia;
- comodini bidirezionali per disabili;
- disponibilità di un sistema di valutazione neuro fisiopatologica (es. elettromiografia, elettroencefalografia, potenziali evocati somatosensoriali etc..)
- dispositivi per valutazioni dinamometriche;
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione delle abilità motorie;
- sussidi manuali ed elettronici per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche;
- almeno 2 apparecchi per saturimetria transcutanea;
- cronometri;

- telecamera con sistema di comando a distanza, videoregistratore, monitor, macchina fotografica (dispositivo per a acquisizione di immagini);
- specchio unidirezionale;
- lettini per rieducazione motoria a diversa altezza (cm 100 minimi x 200 x 44/85 h) di cui almeno due ad altezza regolabile;
- almeno 2 letti di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85 h) (Bobath);
- piani di statica;
- 4 standing ad altezza variabile;
- dispositivi per BioFeedBack;
- materassi per cinesiterapia a pavimento delle dimensioni minime di 100 x 200 cm;
- parallele ad altezza variabile;
- specchi a muro per cinesiterapia (non quadrettati);
- specchi per cinesiterapia montati su carrellino dotate di ruote piroettanti;
- bilance per educazione al carico;
- scala modulare per rieducazione motoria;
- deambulatori ad altezza regolabile;
- ausili vari per la deambulazione;
- piani oscillanti e sussidi per la rieducazione propriocettiva;
- serie di sussidi per l'esercizio terapeutico manipolativo funzionale;
- serie di ausili per il rinforzo muscolare ;
- serie di bastoni per la cinesiterapia;
- cuscini in gommapiuma a densità graduata e rivestiti in similpelle e di diverse dimensioni e forme;
- maxicilindro (cm 100 x 85 dim)

- tavoli ergoterapici ad altezza ed inclinazione variabile ad uno o più segmenti e a diverse forme;
- carrelli portausili per cinesiterapia a più ripiani;
- sedie e sgabelli vari;
- sussidi vari per l'addestramento alle Activity Day Living;
- attrezzature per la realizzazione e l'adattamento di ausili ed ortesi realizzate in materiale termo modellabile;
- poltroncine ergonomiche con tavole e sedie;
- disponibilità nel presidio ospedaliero di: spirometro ed apparecchio per EGA; ecografo; apparecchio per videofluroscopia;
- giocattoli.

2.4.4.3. Requisiti Organizzativi

Il personale di seguito indicato è dedicato alle attività di degenza; per un modulo di 20 posti letto deve essere garantita la presenza:

- 2 medici nelle ore diurne dei giorni feriali (almeno 10 ore), per le restanti ore va garntita una guardia medica di pronta disponibilità;
- Infermieri: 2 mattina, 2 pomeriggio e 2 notte; 1 coordinatore;
- 10 professionisti sanitari per l'area della riabilitazione; 1 coordinatore;
- OSS : 3 mattina, 3 pomeriggio;
- Sono presenti lo psicologo e l'assistente sociale.

Devono inoltre essere disponibili consulenze/ servizi in:

- gastroenterologia (endoscopie, impianti o revisioni di PEG);
- ORL;
- anestesiologia /rianimazione;
- oculistica;
- neurochirurgia;
- ortopedia;
- pneumologia;

- pediatria;
- cardiologia;
- dietologia.

L'U.D.G.E.E. deve garantire una adeguata informazione ed addestramento formalizzato ai familiari e/o al personale che effettua l'assistenza domiciliare.

Devono esistere procedure formalizzate di raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente anche al fine di garantire l'eventuale continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione.

3. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE

3.0. REQUISITI GENERALI

Finalità

Per ambulatorio di assistenza specialistica si deve intendere la struttura o luogo fisico, preposto ala erogazione di prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

Le strutture ambulatoriali possono essere collocate anche in presidi che erogano prestazioni di ricovero, in questo caso si distinguono in:
a) strutture che svolgono le prestazioni esclusivamente per i degenti;
a) strutture che svolgono attività sia per i degenti che per pazienti esterni.

Per poliambulatori si intende l'insieme di più branche specialistiche.

Le finalità degli ambulatori medici concernono la prevenzione, la diagnosi, la terapia, la riabilitazione, il monitoraggio del decorso delle malattie e della terapia, la ricerca.

Classificazione

Le strutture che erogano prestazioni di attività specialistica in ambito ambulatoriale sono classificate in:

I Liv.: strutture ambulatoriali collocate in presidi che non erogano prestazioni di ricovero.
II Liv.: strutture ambulatoriali collocate in presidi che erogano prestazioni di ricovero.

3.0.1. Requisiti Strutturali

I locali e gli spazi devono essere accessibili e funzionali alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate e provvisti della relativa destinazione d'uso relativa.

La dotazione minima di ambienti per l'attività ambulatoriale è la seguente:

- ambienti per l'esecuzione delle prestazioni, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con area separata per spogliarsi;
- spazi di attesa, accettazione, attività amministrative;

- servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili;
- spazio/locali per deposito di materiale pulito;
- spazio/locali per deposito di materiale sporco;
- armadio e/o deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni;
- spazio/locale spogliatoio per il personale;
- contenitore/armadio/locale per eventuale deposito rifiuti speciali.

Per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, gli spazi comuni (bagni utenti e personale accessibili, spogliatoi, sala attesa, ecc.) possono essere condivisi dalle varie branche e concorrono a formare le eventuali superfici minime richieste.

3.0.2. Requisiti Impiantistici

In tutti i locali, devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali o artificiali.

In caso di locali seminterrati, la struttura deve essere in possesso dell'autorizzazione in deroga, secondo la vigente normativa.

3.0.3. Requisiti Tecnologici

Attrezzature, apparecchiature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta.

Deve essere presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardio-polmonare di base (pallone autoespansibile, corredato di maschere facciali e cannule orofaringee, sfigmomanometro e fonendoscopio, laccio emostatico siringhe e farmaci di pronto intervento, materiale per medicazione).

Nel caso in cui vengano effettuate procedure invasive, ricerche diagnostiche con manovre complesse, oltre alla dotazione di cui sopra, devono essere presenti: defibrillatore semi–automatico, pulsiossimetro ed aspiratore.

3.0.4. Requisiti Organizzativi

Ogni struttura erogante prestazioni ambulatoriali deve possedere almeno:

- un direttore/responsabile sanitario, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente in relazione alla specifica tipologia assistenziale;
- personale infermieristico, se necessario per lo svolgimento delle attività;
- personale amministrativo, se necessario, in relazione al volume delle attività svolte;

- un ausiliario con mansioni esecutive, qualora necessario per lo svolgimento delle attività previste.

Deve essere assicurata la presenza, durante lo svolgimento della attività medico specialistica, di almeno un medico, quale responsabile delle attività svolte nell'ambulatorio.

Le registrazioni e le copie dei referti sono conservate secondo le modalità ed i tempi sanciti dalla normativa vigente.

3.0a. AMBULATORI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA

Per gli ambulatori di assistenza specialistica valgono i requisiti 3.0 fatta eccezione che per quanto riguarda il direttore/responsabile.
Ogni struttura erogante prestazioni ambulatoriali deve avere:

- un direttore/responsabile medico, in possesso di specializzazione, e un responsabile dell'attività per specifica branca specialistica. Le funzioni di direttore/responsabile possono essere svolte anche da uno dei responsabili di branca;

3.1. PRESIDI DI LABORATORIO

Finalità

L'attività di medicina di laboratorio fornisce informazioni ottenute con metodi chimici, fisici o biologici su tessuti, liquidi o su altri materiali biologici, ai fini della prevenzione, della diagnosi, del monitoraggio della terapia e del decorso della malattia e ai fini della ricerca.

La tipologia di prestazioni eseguite nei diversi laboratori e la dotazione strumentale hanno un diverso grado di complessità commisurato alla realtà sanitaria ed alla tipologia dei quesiti diagnostici posti al laboratorio.

Classificazione

- Laboratori generali di base: sono laboratori ad organizzazione semplice e unitaria che possono svolgere indagini nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, dell'immunoematologia, della microbiologia, sieroimmunologia e citologia.
- Laboratori specializzati: esplicano indagini diagnostiche monospecialistiche ad elevato livello tecnologico e professionale nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, dell'immunoematologia, dell'immunologia, della microbiologia, della virologia, della citoistopatologia, della biologia molecolare e della genetica di laboratorio.
- Laboratori generali di base con settori specializzati: sono laboratori ad organizzazione complessa che comprendono Unità Operative o moduli specializzati (giustificati dalla varietà di tipologia analitica, complessità dei quesiti diagnostici proposti, carico di lavoro) ed utilizzano tecnologie di livello superiore.

I requisiti strutturali, organizzativi e di valutazione e miglioramento della qualità devono essere posseduti da tutte le tipologie di laboratorio di cui sopra.

I requisiti tecnologici invece si differenziano per tipologia di Laboratorio. Quindi per quanto riguarda i Laboratori Specializzati, questi devono fare riferimento esclusivamente alla parte specifica di ogni settore specializzato che la caratterizza.

3.1.1. PRESIDI DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

3.1.1.1. Requisiti Strutturali

Eventuali centri prelievo potranno essere istituiti secondo le norme vigenti, solo in caso di comprovata necessità.

I centri prelievo e l'attività in service saranno oggetto di un apposito regolamento da emanarsi successivamente alla pubblicazione del presente documento.

E' fatto divieto ai laboratori pubblici e privati di istituire stazioni decentrate o centri mobili di prelievo, fatta eccezione per i seguenti casi, previa comunque specifica autorizzazione della Regione:
- particolari condizioni geo - morfologiche del territorio;
- rilevanti motivi di carattere socio - sanitario o scientifico.

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

La dotazione minima di ambienti per l'attività ambulatoriale è la seguente:

- area di attesa, anche comune ad altre attività ambulatoriali, dotata di posti a sedere che rispettino i picchi di frequenza degli accessi;
- spazio definito per i prelievi che consenta il rispetto della privacy dell'utente;
- almeno un locale per l'esecuzione analisi nonché almeno un locale per ogni settore specializzato;
- se presente, la microbiologia deve essere in un locale o spazio dedicato, provvisto di cappa a flusso laminare;
- servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili;
- uno spazio definito per le attività amministrative e di archivio;
- uno spazio definito per il lavaggio ed il trattamento del materiale d'uso;
- uno spazio definito per stoccaggio e gestione rifiuti.

I presidi devono possedere i seguenti requisiti:

- superficie totale non inferiore ai 100 mq;
- per ogni settore specializzato la superficie totale aumenta di ulteriori 12 mq;
- nei locali destinati alle attività analitiche, le superfici di lavoro devono essere effettivamente impermeabili e decontaminabili; le pareti fino a 2 m ed i pavimenti devono garantire la possibilità di una efficace decontaminazione da inquinanti biologici.

3.1.1.2. Requisiti Tecnologici

Il servizio deve prevedere un sistema informatico gestionale.

La dotazione minima strumentale è la seguente:
- analizzatore automatico per esami emocromocitometrici, analizzatore automatico per chimica clinica e idoneo sistema per la determinazione degli elettroliti, apparecchiatura per determinazione delle proteine con sistema elettroforetico o equivalente, analizzatore per coagulazione, analizzatore per immunometria, centrifughe, microscopio binoculare, agitatori, termostato, frigoriferi, congelatore a -20 °C, cappa chimica con idoneo aspiratore, un bagnomaria termoregolabile, attrezzatura e farmaci per il primo soccorso. L'emocitometro deve necessariamente determinare le piastrine e le 5 popolazioni leucocitarie.
- qualora vengano eseguiti esami microbiologici, si deve prevedere anche una cappa a flusso laminare verticale (classe II), un dispositivo per anaerobiosi, un microscopio ottico binoculare e, qualora la struttura prepari autonomamente i terreni di coltura, un'autoclave. Qualora vengano prodotti rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, si deve prevedere un'autoclave e/o altro sistema idoneo di sanificazione e smaltimento;

- qualora vengano eseguiti esami citologici, si deve prevedere uno spazio dedicato, un idoneo sistema di colorazione e un microscopio binoculare con ottica planare.

3.1.1.3. Requisiti Organizzativi

In ogni laboratorio generale di base ovvero laboratorio specializzato deve essere previsto:
- un direttore medico, biologo o chimico, in possesso della specializzazione in patologia clinica o in altra disciplina dell'area della medicina di laboratorio, nonché della relativa iscrizione all'ordine professionale; nel caso in cui il direttore sia un biologo o un chimico deve essere compreso, tra i collaboratori, un medico;
- un tecnico di laboratorio biomedico;
- un professionista abilitato all'esecuzione dei prelievi;
- un addetto alle attività amministrative;
- un ausiliario con mansioni esecutive o contratto con apposita ditta.

Le sezioni specializzate aggregate ai laboratori generali devono essere dotate di operatori in possesso degli specifici titoli professionali previsti dalla legge.

Devono essere predisposti:

- un documento che descrive tutti i servizi/prestazioni offerti dal laboratorio e nel quale sono esplicitati gli esami che vengono eseguiti direttamente con quali procedure ed attrezzature e quelli che vengono inviati ad altre strutture;
- un manuale o raccolta delle procedure diagnostiche.

Ogni esame del manuale delle procedure diagnostiche contiene:

- preparazione dell'utente agli esami;

- modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione;
- caratteristiche e descrizione del metodo analitico impiegato;
- modalità di compilazione, trasmissione e consegna dei referti.

Devono essere garantite le condizioni di ottimale conservazione dei campioni e di sicurezza per gli operatori, mediante uso di un adeguato sistema di trasporto e conservazione.

Devono esistere documenti di servizio (regolamenti interni) per:

- il riconoscimento degli utenti;
- l'identificazione dei campioni;
- il trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo al laboratorio;
- i processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione decontaminazione, etc);
- lo smaltimento dei rifiuti e dei liquidi reflui.

Devono essere inoltre previsti:

- un registro o archivio elettronico sostitutivo a norma di legge per gruppi sanguigni (conservati per 5 anni);
- un documento per la valutazione dei rischi;
- un elenco dei dispositivi di protezione individuale.

Reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione devono possedere etichette che ne indichino: identità, titolo o concentrazione, condizioni di conservazione raccomandate, data di preparazione e di scadenza ed ogni altra informazione necessaria per l'uso corretto.

Deve esistere un sistema di archiviazione cartacea o magnetica che contiene:

- i risultati degli esami sugli utenti (conservati per almeno un anno);
- i risultati dei controlli di qualità interni (conservati per almeno un anno) e quelli esterni (conservati per almeno tre anni).

Valutazione e Miglioramento della Qualità

Il laboratorio deve disporre di una Carta dei Servizi per gli utenti, contenente almeno le modalità di accesso.

Il laboratorio svolge programmi di Controllo Interno di Qualità e partecipa a programmi di Valutazione Esterna di Qualità a diffusione nazionale o internazionale, promossi dalla Regione.

3.1.2. LABORATORI GENERALI DI BASE CON SETTORI SPECIALIZZATI

Oltre alla dotazione prevista per i laboratori generali di base, per ogni settore specializzato devono essere previste le seguenti attrezzature:

Biochimica Clinica e Tossicologia

Qualora vengano effettuate analisi immunometriche con isotopi radioattivi, devono essere previsti contatori gamma o beta manuali o automatici.

Qualora vengano effettuate analisi immunometriche, i locali devono possedere i sistemi di protezione previsti dalla vigente legislazione così come adeguati sistemi di raccolta e smaltimento di materiale radioattivo.

Devono essere previsti:

- uno spettrofotometro UV – visibile;
- un gas-cromatografo o HPLC (qualora si eseguano esami tossicologici);
- uno spettrofotometro ad assorbimento atomico (qualora si eseguano determinazioni di metalli pesanti).

Ematologia e Coagulazione

Devono essere previsti:

- un analizzatore ematologico automatico multiparametrico con possibilità di esecuzione della formula lèucocitaria;
- un coagulometro automatico che esegue anche tecniche cromogeniche;
- un citofluorimetro (qualora si esegua la determinazione delle sottopopolazioni linfocitarie).

Microbiologia, Virologia e Immunologia

- Devono essere presenti termostati a CO_2 (idoneo sistema per la produzione di ambiente a CO_2), un microscopio con accessori per fluorescenza e contrasto di fase, sistema per identificazione germi ed antibiogrammi, sistemi per analisi immunometriche, sierologiche, virologiche, parassitologiche, incubatori.
- Qualora vengano effettuati esami utilizzanti C^{14}, i locali a ciò destinati devono essere in possesso dei sistemi di protezione previsti dalla vigente legislazione, ed sistemi di raccolta e smaltimento del materiale radioattivo.

- Qualora si eseguano test che prevedono l'amplificazione genica, devono essere presenti termociclatore cappa per estrazione.

3.1.2.1. Requisiti Organizzativi

In ogni settore specializzato presente nel laboratorio generale di base deve essere previsto:

- un responsabile medico, biologo o chimico, in possesso di specializzazione coerente per disciplina con le attività diagnostiche proprie del settore stesso, nonché della relativa iscrizione all'ordine professionale.

3.1.3. LABORATORIO DI CITOISTOLOGIA

3.1.3.1. Requisiti Strutturali

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

La dotazione minima di ambienti per l'attività ambulatoriale è la seguente:

- uno spazio/locale per le attività amministrative e di archivio;
- uno spazio/locale per accettazione;
- locali idonei alle caratteristiche della struttura in cui è collocato e delle dimensioni delle attività assistenziali;
- un locale per il lavaggio ed il trattamento del materiale d'uso;
- servizi igienici per il personale.

3.1.3.2. Requisiti Tecnologici

La dotazione strumentale deve comprendere:

- un banco con sistema di aspirazione per valutazione macroscopica e allestimento prelievi;
- un microscopio binoculare con ottica idonea (almeno planare) per ciascuna diagnostica;
- dotazioni tecnologiche essenziali per l'espletamento dell'attività diagnostica istocitopatologica.

Devono essere presenti le seguenti attrezzature (istologia / citologia):

- microscopio;
- microtomo;
- inclusore paraffina;
- processatore (per disidratazione);
- citocentrifuga;
- cappa chimica;
- stufa;
- bagno maria;
- istoteca.

3.1.3.3. Requisiti Organizzativi

- Il Direttore responsabile deve essere in possesso dei requisiti di legge necessari allo svolgimento della funzione.
- Devono esistere documenti di servizio (regolamenti interni) per:
  - l'identificazione dei campioni
  - il trasferimento del materiale biologico dalle zone di prelievo al servizio
  - i processi di sanificazione (pulizia ambiente, procedure di disinfezione e di sterilizzazione, decontaminazione, etc.
  - lo smaltimento dei rifiuti.

- Il Servizio deve svolgere programmi di Controllo Interno di Qualità.
- Deve esistere un Documento per la valutazione dei rischi elaborato sulla base della normativa vigente.
- Deve esistere un Elenco Dispositivi di Protezione Individuale.
- Reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione devono presentare etichette che ne indichino identità, titolo o concentrazione, condizioni di conservazione raccomandate data di preparazione e di scadenza ed ogni altra informazione necessaria per l'uso corretto.
- Deve esistere un sistema di archiviazione che contiene:
  - i risultati degli esami sugli utenti (conservati per almeno un anno)
  - i risultati dei controlli di qualità interni (conservati per almeno un anno)
  - i risultati dei controlli di qualità esterni, se attivati (conservati per almeno tre anni)
  - i preparati citologici (conservati per almeno cinque anni e comunque secondo normativa vigente)
  - i preparati istologici (conservati per almeno dieci anni e comunque secondo normativa vigente).

- Deve esistere una raccolta delle procedure diagnostiche.
- Ogni esame della raccolta delle procedure diagnostiche deve contenere:
  - preparazione dell'utente agli esami (qualora previsto)
  - modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione
  - caratteristiche e descrizione del metodo analitico impiegato
  - modalità di compilazione, trasmissione e consegna dei referti.

3.2. PRESIDI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Le strutture di diagnostica per immagini svolgono indagini strumentali a fini diagnostici e/o di indirizzo terapeutico, utilizzando sorgenti esterne di radiazioni ionizzanti e altre tecniche di formazione dell'immagine.

Nelle strutture di ricovero e cura a ciclo continuativo e diurno lo svolgimento delle attività è assicurato in regime di elezione programmata e/o in regime di emergenza-urgenza.

3.2.1. Requisiti Strutturali

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate.

Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica monospecialistica o di diagnostica plurispecialistica, devono possedere requisiti strutturali adeguati alla complessità delle prestazioni erogate.

La dotazione minima di ambienti per l'attività ambulatoriale è la seguente:

- un'area di attesa dotata di un idoneo numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi;
- spazi idonei per accettazione, attività amministrative ed archivio;
- servizi igienici distinti per gli operatori e per gli utenti, di cui uno "accessibile";
- una sala di radio diagnostica, con annessi spazi/spogliatoi e disponibilità di servizio igienico in relazione alle tipologie di esami specialistici;
- un locale per l'esecuzione degli esami ecografici, qualora previsti;
- un locale per la refertazione e archivio;
- un'area tecnica di stretta pertinenza degli operatori medici e tecnici;
- un locale/spazio per deposito materiale pulito;
- un locale/spazio per deposito materiale sporco;
- uno spazio/armadio per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni;
- un locale/spazio chiaramente segnalato per la raccolta e l'immagazzinamento dei rifiuti tossici nocivi fino al loro allontanamento, qualora prodotti.

3.2.2. Requisiti Tecnologici

Deve essere presente un impianto di condizionamento o di climatizzazione con adeguati ricambi d'aria naturale o forzata (almeno 3 v/h).

Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica monospecialistica o di diagnostica plurispecialistica devono possedere requisiti tecnologici adeguati alla complessità delle prestazioni erogate.

La dotazione strumentale deve comprendere:

- un generatore trifase, preferibilmente ad alta frequenza, di potenza non inferiore a 30KW e tavolo di controllo e comando;
- un tavolo radiografico preferibilmente ribaltabile, telecomandato, con serigrafo, Potter Bucky, intensificatore di brillanza con circuito televisivo;
- un tubo radiogeno a doppio fuoco anodo rotante;
- l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità e relativi farmaci;
- un adeguato sistema di sviluppo e/o stampa;
- apparecchio radiologico portatile, limitatamente alle strutture di ricovero.

3.2.3. Requisiti Organizzativi

Ogni struttura erogante prestazioni di diagnostica per immagini deve possedere i seguenti requisiti organizzativi:

- il personale sanitario e/o tecnico deve essere adeguato alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate, nel rispetto della normativa e delle disposizioni vigenti, con particolare riferimento alla radioprotezione del paziente;
- deve essere attivato, ai sensi della vigente disciplina di settore, un sistema di controllo di qualità con controlli interni ed esterni;
- per le indagini a carattere invasivo o con contrasto che comportino rischio, sia per il tipo di indagine sia per la patologia in atto con preventiva documentata visita anestesiologica, deve essere disponibile, all'interno della struttura, un anestesista rianimatore;
- i referti devono includere almeno: i dati anagrafici, la data dell'esame e del referto, il nominativo del medico che referta e la tipologia di esame, nel rispetto delle norme sulla privacy;
- presso ogni struttura di diagnostica per immagini devono essere comunicati all'utente, al momento della prenotazione, la data di esecuzione dell'indagine diagnostica e i tempi di consegna dei referti.

Devono esistere:

- procedure scritte, datate e firmate, relative all'esecuzione delle diverse tipologie di indagine;
- procedure scritte per la refertazione in ogni suo aspetto che comprendono anche la consegna;
- procedure scritte per la periodica verifica del regolare funzionamento delle apparecchiature.

3.3. PRESIDI DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Sono considerati ambulatori di F.K.T. le strutture che forniscono prestazioni, anche a domicilio, orientate alla prevenzione dei danni secondari nelle patologie disabilitanti o a rischio di sviluppo delle disabilità e al trattamento delle disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie.

Essi svolgono attività specialistiche ambulatoriali (di cui al D.M. 22.7.1996 e successive modifiche e integrazioni).

3.3.1. Requisiti Strutturali

- Sono presenti ambulatori o studi medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostico-prognostiche cliniche attinenti alle patologie trattate.
- E' garantito il rispetto della privacy degli utenti.
- In caso di attività di gruppo (gruppo formato da non più di 5 persone), il locale palestra deve essere non inferiore a 35 mq; per ogni paziente oltre i 5, la superficie deve essere aumentata di almeno 5 mq.
- Sono presenti box di dimensioni minime di 4 mq (con un massimo scarto del 10%) per attività di rieducazione motoria, massoterapia, manipolazioni articolari, terapia fisica e strumentale e di 7 mq per persone disabili con uso di carrozzina o deambulatore.
- La divisione tra gli ambienti di cui sopra può essere effettuata anche mediante divisori mobili, purché idonei a garantire agli utenti la necessaria riservatezza.
- Deve essere inoltre previsto un locale per attività dinamiche individuali di almeno 12 mq, aumentato di 4 mq per ogni paziente;
- Le apparecchiature che erogano onde elettromagnetiche, rispettano le norme di sicurezza previste dalla normativa vigente.
- un'area attrezzata per il trattamento, qualora previsto, dei disturbi comunicativi/integrativi.
- Gli spazi per il deposito di materiale pulito e sporco sono separati.
- Esistono spazi per materiale d'uso ed attrezzature.

Devono essere presenti:

- Servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili.
- Spogliatoi per il personale ed i pazienti, ove necessita.
- Spazi/ambienti per l'attesa e le attività di segreteria ed archivio.

La struttura garantisce sempre la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti affetti dalle diverse tipologie di disabilità.

3.3.2. Requisiti Tecnologici ed impiantistici

Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica monospecialistica o di diagnostica plurispecialistica devono possedere requisiti tecnologici adeguati alla complessità delle prestazioni erogate.

Devono essere presenti:

- Attrezzature e dispositivi per la valutazione quali: goniometro e scale di valutazione delle varie menomazioni e disabilità.
- Presidi e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione.
- Attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale quali: lettini, materassini, specchio a muro, deambulatore e/o girello, spalliere, bastoni, parallele, scale, palloni medicali, birilli, pallone bobath, piani oscillanti, cunei e cilindri, polsiere , cavigliere, pesi, ecc.
- Attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale in relazione alle attività per cui è richiesta l'autorizzazione.
- Attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base di cui è controllata la funzionalità e farmaci di pronto soccorso (adrenalina, cortisonici, antistaminici, diuretici, antiipertensivi, anticonvulsivanti, broncodilatatori).

3.3.3. Requisiti Organizzativi

Il Direttore responsabile è un medico in possesso della specializzazione in medicina fisica e riabilitativa o disciplina equipollente.

I soggetti che svolgono le funzioni di Direttore responsabile, all'entrata in vigore del presente provvedimento, conservano tale posizione.

In particolare, il Direttore responsabile:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature e degli impianti;
- vigila sull'osservanza delle norme igienico sanitarie, sulla efficienza e sicurezza dello strumentario e dei locali, sulla validità e corretta applicazione delle metodologie in uso;
- coordina il lavoro del personale operante nella struttura;
- è responsabile della registrazione e conservazione delle cartelle cliniche degli utenti;
- provvede all'aggiornamento delle metodiche;

- è responsabile delle segnalazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente e del rispetto delle norme di sicurezza nei confronti del personale e degli utenti.

Il Direttore responsabile, o comunque un medico, deve essere sempre presente durante l'attività del centro, qualora siano effettuate terapie ove è richiesta la presenza del medico.

Il presidio deve disporre di personale in possesso delle necessarie qualificazioni professionali, in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta.

Deve comunque operare stabilmente, presso il presidio almeno un tecnico della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 741; terapista occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 136; terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva ex D.M.. 17 gennaio 1997, n. 56; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742).

Nei presidi poliambulatoriali cui è preposto un direttore sanitario per i compiti generali di organizzazione, restano ferme le attribuzioni e le responsabilità del direttore responsabile di branca, secondo quanto sopra specificato nell'ambito degli indirizzi e direttive di carattere generale.

In caso di assenza o di impedimento del direttore responsabile, le sue funzioni vengono temporaneamente assunte da un altro medico fornito delle specializzazioni previste per la direzione tecnica o, in mancanza, di un'anzianità di servizio di almeno tre anni nella corrispondente branca specialistica.

3.4 CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE PER PERSONE CON DISABILITA'

Sono considerati centri ambulatoriali di riabilitazione per persone con disabilità quelle strutture che erogano prestazioni volte a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese a seguito di eventi patogeni o lesionali a persone con disabilità complessa fisica, psichica, sensoriale o mista dipendenti da qualunque causa. Essi si differenziano dalle attività ambulatoriali specialistiche di recupero e rieducazione funzionale per la globalità e complessità del trattamento sulla disabilità, che richiede un contestuale apporto multidisciplinare medico – psicologico – pedagogico.

3.4.1. Requisiti minimi Strutturali

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

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

Ambienti comuni

- Ambulatori o studi medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostico-prognostiche cliniche attinenti alle patologia trattate
- Servizi igienici distinti per utenti e personale, di cui almeno uno accessibile alle persone con disabilità
- Spogliatoi per i pazienti e per il personale
- Aree di attesa, area amministrativa/archivio.

Ambienti specifici

- Gli ambienti specifici per lo svolgimento delle attività devono garantire un minimo di 7 mq per posto cura.
- Gli ambienti possono essere suddivisi con strutture mobili purché idonee a garantire la riservatezza.
- Gli ambienti specifici sono attrezzati a seconda del tipo di riabilitazione svolta, articolati in locali e spazi per:
    - chinesiterapia e rieducazione neuromotoria

- idrochinesiterapia
- psicomotricità
- rieducazione logopedia, audiofonologica e neurolinguistica
- rieducazione neuropsicologica
- terapia occupazionale
- rieducazione neurovisiva e ortottica
- psicoterapia
- rieducazione cardiorespiratoria
- rieducazione urologia
- orientamento psico-pedagogico
- intervento educativo
- prescrizione, collaudo ed addestramento all'uso di ortesi, protesi e ausili.

- Sono presenti aree attrezzate per attività di gruppo (palestre), per attività statiche e dinamiche.
- In caso di attività di gruppo (gruppo formato da non più di 5 persone), il locale palestra deve essere non inferiore a 35 mq; per ogni paziente oltre i 5, la superficie deve essere aumentata di almeno 5 mq.
- Sono presenti aree attrezzate per attività individuali (motorie, respiratorie, neuropsicologiche, ecc.).
- Sono presenti box di dimensioni minime di 4 mq per i trattamenti individuali; i box sono di 7 mq nel caso in cui la persona con disabilità faccia uso di carrozzina o di deambulatore.
- È presente un'area attrezzata per il trattamento, qualora previsto nel progetto terapeutico, dei disturbi comunicativi/integrativi.

3.4.2. Requisiti minimi Tecnologici ed Impiantistici

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

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

- attrezzature e dispositivi specifici per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
- presidi necessari e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione;

- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;
- sono presenti attrezzature specifiche per la riabilitazione cardiorespiratoria, se effettuata;
- apparecchi elettrostimolatori per la muscolatura normale e denervata;
- carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo.

3.4.3. Requisiti minimi Organizzativi

Il Centro ambulatoriale di riabilitazione funziona per minimo 7 ore giornaliere e per 5 giorni alla settimana.

Il Direttore responsabile è un medico laureato in medicina e chirurgia iscritto all'albo professionale dei medici chirurghi in possesso di specializzazione nella disciplina attinente alla disabilità prevalentemente trattata.

Il Direttore responsabile:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature degli impianti;
- vigila sulla puntuale osservanza delle norme igienico sanitarie, sulla efficienza e sicurezza dello strumentario e dei locali, sulla validità e corretta applicazione delle metodologie in uso;
- coordina il lavoro del personale operante nella struttura;
- è responsabile della registrazione delle cartelle cliniche degli utenti e del progetto riabilitativo, nonché dell'aggiornamento periodico;
- provvede all'aggiornamento delle metodiche;
- è responsabile delle segnalazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente e del rispetto delle norme di sicurezza nei confronti del personale e degli utenti.

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

Il Direttore responsabile, o comunque un medico, deve essere sempre presente durante l'attività del Centro qualora siano effettuate terapie ove è richiesta la presenza del medico.

Il Centro dispone di personale in possesso delle necessarie qualificazioni professionali; detto personale è presente secondo il rapporto pazienti/operatore indicato di seguito per ogni modalità di erogazione del progetto riabilitativo e impegno, per 60 pazienti:

Regime Ambulatoriale

Estensivo elevato: 3,9 pazienti/1 operatore	Mantenimento elevato: 6,5 pazienti/1 operatore
Estensivo medio: 6,5 pazienti/1 operatore	Mantenimento medio: 7,6 pazienti/1 operatore
Estensivo lieve: 12,4 pazienti/1 operatore	Mantenimento lieve: 19,5 pazienti/1 operatore

Presso il Centro operano professionisti sanitari della riabilitazione qualificati: Fisioterapista ex DM 14 settembre 1994 n. 741; Logopedista ex DM 14 settembre 1994, n. 742; Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex DM 17 gennaio 1997 n. 56; Terapista occupazionale ex DM 17 gennaio 1997 – DM 27 luglio 2000; Educatore professionale ex DM n. 8 ottobre 1998 – DM 27 luglio 2000.

Le attività riabilitative sono assicurate dall'équipe multidisciplinare, composta da personale medico specialista, da personale dell'area psicologica e pedagogica, professionisti sanitari della riabilitazione e personale di assistenza sociale.

I professionisti sanitari della riabilitazione possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia degli utenti trattati, a condizione che il rapporto operatori/pazienti sopra indicato sia rigidamente rispettato.

Il Centro garantisce la globale presa in carico per tutto l'iter terapeutico previsto.

3.5. PRESIDI DI DIALISI

Finalità

La dialisi è un trattamento terapeutico ambulatoriale per pazienti affetti da insufficienza renale in fase uremica, che può essere effettuata in ambito extraospedaliero ed intraospedaliero, valutate le condizioni cliniche del paziente da parte del medico nefrologo e comunque sotto la responsabilità dello stesso specialista.

La dialisi in ambito ambulatoriale extraospedaliero tratta uremici cronici stabilizzati.

La dialisi in ambito ambulatoriale ospedaliero tratta pazienti uremici cronici stabilizzati ad alto rischio clinico e pazienti affetti da insufficienza renale acuta.

Classificazione

La rete dei servizi di dialisi ambulatoriale della Regione Lazio è costituita da:

- Centro Dialisi di Riferimento Regionale e Centri Dialisi Ospedalieri con funzioni, tra l'altro, di organizzazione delle attività assistenziali domiciliari, di direzione e di sorveglianza delle attività svolte dalle unità dialitiche decentrate nonché di coordinamento di quelle svolte presso le unità dialitiche decentrate per anziani nell'ambito delle R.S.A..
- Centro di Dialisi Ambulatoriale.
- Unità di Dialisi Decentrate.
- Unità di Dialisi Decentrate per Anziani.

I centri dialisi nella collocazione in ambito ospedaliero o extra ospedaliero devono possedere i requisiti di seguito indicati.

3.5.1. CENTRO DIALISI AMBULATORIALE

3.5.1.1. Requisiti Strutturali

- E' presente una sala di attesa, accessibile anche ai pazienti non deambulanti, con posti a sedere per tutti gli utenti di un turno.
- La capacità massima di un Centro dialisi è di n. 24 posti.
- I posti per sala dialisi non devono superare il numero di 15.
- Per ciascun posto dialisi sono previsti almeno 6 mq e lo spazio centrale tra due file di letti contrapposti non può essere inferiore a metri 0,90, deve essere accessibile almeno da 3 lati.
- Disponibilità di tavolo servitore per ogni posto dialisi per posare oggetti d'uso del paziente durante la seduta di dialisi.
- Tutte le sale dialisi sono collocate in unica area funzionale in cui tutti i locali e servizi sono destinati all'attività di dialisi.

Devono essere presenti:

- una sala dialisi contumaciale per pazienti infetti (con almeno un posto dialisi dedicato), dotata di spogliatoi, servizi igienici con interposta zona filtro;
- spogliatoi, distinti in uomini e donne, forniti di armadietti, sedie e servizi igienici, completi di materiali d'uso, per gli utenti, entrambi con accesso esterno dalle sale dialisi;
- locale di medicheria per i controlli clinici e le manovre di medicazione;
- un magazzino per i materiali di consumo;
- un locale di stoccaggio e riparazione delle apparecchiature;
- un locale per lo stoccaggio dei rifiuti.

3.5.1.2. Requisiti Tecnologici Impiantistici

Devono essere presenti:

- Un sistema pesa persone (letto o poltrona bilancia) per ogni posto dialisi.
- Un armadio ed un frigo per l'adeguata conservazione dei farmaci sia di emergenza che per quelli connessi alla terapia dialitica.
- Un elettrocardiografo, un defibrillatore, un ambu di cui è controllata periodicamente la funzionalità, kit di farmaci e presidi medico chirurgici necessari per le prime emergenze cardiorespiratorie.
- Apparecchiature per esami di laboratorio semplici (emoglobina e/o ematocrito, elettroliti, emogas).

- Un gruppo elettrogeno o di continuità che assicuri il termine dei trattamenti in atto in ogni condizione.
- Un monitor per metodiche dialitiche in "continuo", ove il centro sia collocato in struttura con pronto soccorso, unità di rianimazione e/o terapia intensiva.
- Apparecchiature per il monitoraggio cardiocircolatorio e pressorio.

Le apparecchiature di dialisi (monitor) rispettano le norme di sicurezza CE. Sono in numero di almeno 1 per ogni posto dialisi, vengono revisionate ogni anno e comunque sostituite ogni 8anni; le apparecchiature di riserva sono in numero proporzionato di 1 ogni 5 posti dialisi.

Sono garantiti monitor dedicati per pazienti HBV, HCV, HIV positivi e per dialisi in emergenza.
Le stanze di dialisi sono dotate di climatizzazione dell'aria in grado di garantire una temperatura tra 20 e 26 °C ed umidità compresa tra 40 e 60%; è comunque consigliabile una temperatura non inferiore di 6/7 °C rispetto alla temperatura esterna.

Il trattamento dell'acqua per dialisi, situato in locale idoneo separato è dotato di sistema di controllo ed allarme, è attuato mediante:

- serbatoi di stoccaggio con quantità necessaria almeno per un turno di dialisi;
- pretrattamento;
- osmosi inversa con due gruppi di preparazione dell'acqua posti in parallelo e/o in serie (biosmosi);
- circuito di distribuzione dell'acqua trattata di tipo biosanitario posto a vista o comunque facilmente ispezionabile.

In caso di trattamento di pazienti in regime di assistenza domiciliare, sono disponibili posti tecnici di dialisi extracorporea in caso di complicanze della dialisi domiciliare o cambiamento di metodica.

3.5.1.3. Requisiti Organizzativi

L'attività dialitica è articolata su due o tre turni giornalieri, per sei giorni la settimana.

Il Direttore Responsabile, regolarmente assunto, è uno specialista in Nefrologia o figura equipollente. Detta figura risponde della regolarità dei servizi, dell'invio dei pazienti nella sala contumaciale e dell'organizzazione del Centro, ferma restando la responsabilità professionale dei singoli operatori.

Durante i turni di dialisi, è garantita:
- la presenza nel centro dialisi, durante tutte le ore di trattamento, di personale medico (Nefrologo, o specializzazione equipollente, che abbia 6 mesi di frequenza regolare e comprovata presso un Centro ospedaliero; 1 medico fino a 10 pazienti, più 1 medico fino a ulteriori 10 pazienti)
- la presenza continua di infermieri con almeno 6 mesi di addestramento regolare e comprovato (2 infermieri fino a 8 pazienti più 1 infermiere fino a ulteriori 4 pazienti).

L'assistenza al paziente in trattamento dialitico in sala contumaciale deve essere effettuata da personale infermieristico specificatamente dedicato.

Durante le ore di attività del centro è garantita la presenza di almeno 1 ausiliario ogni 12 pazienti più 1 ausiliario fino a ulteriori 12.

E' assicurato:

- l'uso da parte di tutto il personale di materiali protettivi monouso per le operazioni di tipo sanitario verso il paziente, nonché kit monouso contenenti il materiale sanitario;
- il cambio di biancheria nei letti o poltrone ad ogni turno di dialisi, o in alternativa l'uso di biancheria monouso.

Va considerato il cambio turno per necessità impellenti del paziente.

Deve essere assicurata la disponibilità di indumenti monouso per l'accesso in sala dialisi.

Sono previsti collegamenti funzionali ed organizzativi precisi (protocolli scritti) con una struttura di ricovero ospedaliera (Pubblica o Privata) vicina dotata di pronto soccorso e rianimazione che garantisce la pronta disponibilità medica ed infermieristica nelle 24 ore per la dialisi d'urgenza.

E' garantita la nomina con le funzioni proprie del medico referente per le problematiche degli accessi vascolari.

Esiste un programma di formazione aggiornato continuo "*ad hoc*" per il personale infermieristico di dialisi.

Esistono criteri formalizzati per l'effettuazione della terapia presso il Servizio Ospedaliero, U.D.D., U.D.D.A., o domicilio.

Sono consegnati gratuitamente al paziente la carta dei servizi e la documentazione informativa sulla dialisi.

E' garantita la possibilità per i pazienti di effettuare dialisi extracorporea e/o dialisi peritoneale, quest'ultima anche in accordo con altre strutture.

Per ciascun paziente è predisposto un piano di trattamento con le indicazioni delle modalità di presa in carico, della strategia dialitica e terapeutica sulla base delle condizioni cliniche e sociali del paziente.

Per ciascun paziente ad ogni trattamento è redatta una scheda dialitica, con specifica delle membrane dialitiche, linee per circolazione extracorporea, liquidi e concentrati utilizzati e farmaci somministrati.

Esiste una cartella corredata dal profilo clinico anamnesico e relativi aggiornamenti e terapia domiciliare somministrata.

Ad ogni paziente viene effettuata con cadenza massimo mensile una visita medica con comunicazione delle informazioni cliniche (analisi, referti).

Esistono criteri formalizzati per l'immissione dei pazienti trapiantabili in lista d'attesa per il trapianto e per la gestione della lista.

Ogni centro Dialisi indicherà un medico di riferimento che garantirà il percorso di immissione in lista d'attesa per il trapianto renale e il collegamento funzionale con il Centro di Riferimento Regionale di Nefrologia e Dialisi competente per territorio.

E' garantita l'integrazione tra l'assistenza del servizio e i centri trapianto di riferimento (sia per i pazienti in lista che per i trapiantati).

Esistono e vengono seguiti:

- protocolli di disinfezione delle attrezzature, dell'impianto dell'acqua e del circuito di distribuzione dell'acqua per dialisi, delle modalità di sanificazione ambientale e smaltimento rifiuti;
- protocolli dei controlli chimici e biologici dell'acqua per dialisi.

E' disponibile un sistema informatico gestionale.

E' predisposto un regolamento di centro, valido anche sulle U.D.D., U.D.D.A. dipendenti, concordato con le Associazioni dei pazienti. Devono essere previsti: la disponibilità di accesso e bacheche nel centro dialisi riservati alle Associazioni, i criteri di trasparenza e gestione della lista di attesa, la corretta modalità di informazione, i comfort di tipo alberghiero per i pazienti durante le ore di dialisi (es. telefono al posto dialisi per comunicazioni improcrastinabili).

Disponibilità di idoneo parcheggio gratuito riservato ai pazienti, facilmente accessibile con capacità di almeno la metà dei posti dialisi del centro.

Il Centro può avvalersi di specialisti psicologi e dietologi.

3.5.2. UNITÀ DI DIALISI DECENTRATE PER ANZIANI (U.D.D.A.)

Le U.D.D.A. sono situate presso le R.S.A., con presenza significativa di ospiti nefropatici. Queste strutture dipendono funzionalmente dal Centro di riferimento.

3.5.2.1 Requisiti strutturali, tecnologici ed impiantistici

Sono gli stessi dei centri dialisi ambulatoriali di cui al punto 3.5.1.1. e 3.5.1.2.

3.5.2.2 Requisiti specifici organizzativi

E' garantita l'effettuazione di almeno il 50% delle prestazioni dialisi ai pazienti ricoverati nella struttura rispetto ai pazienti ambulatoriali esterni.

Il Centro ambulatoriale è aperto per almeno tre giorni alla settimana. Il responsabile della U.D.D.A. è il responsabile del centro di riferimento.

Per gli altri requisiti organizzativi si fa riferimento a quelli dei centri ambulatoriali di cui al punto 3.5.1.3..

3.5.3. UNITÀ DI DIALISI DECENTRATE (U.D.D.)

Sono situate, di norma, in ospedali non sede di DEA , ma possono essere collocate in strutture extraospedaliere.

Nelle U.D.D. effettuano dialisi con assistenza medica prioritariamente i pazienti che insistono per motivi residenziali o di lavoro nell'area assistita dall'U.D.D..

Non possono essere sottoposte a dialisi persone a rischio definito con potenziale necessità di emergenza a carattere polidisciplinare, i quali devono essere trattati nel Centro di riferimento.

Le U.D.D. dipendono funzionalmente dal Centro di riferimento.

3.5.3.1 Requisiti strutturali, tecnologici ed impiantistici

Sono gli stessi dei centri ambulatoriali di cui al punto 3.5.1.1. e 3.5.1.2..

3.5.3.2 Requisiti organizzativi specifici

L'Unità di Dialisi Decentrata è aperta per almeno 3 giorni alla settimana.

Il responsabile della U.D.D. è il direttore del Centro di Riferimento.

Per gli altri requisiti organizzativi si fa riferimento a quelli dei centri ambulatoriali di cui al punto 3.5.1.3..

3.6. CENTRO AMBULATORIALE PER IL TRATTAMENTO DELLE PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA

Finalità generali

I requisiti relativi alle diverse tipologie di strutture assistenziali fanno riferimento all'atto di intesa Stato – Regioni del 5 agosto 1999. L'autorizzazione al funzionamento, limitatamente al privato determina l'iscrizione dei servizi all'apposito Albo istituito dalla Regione Lazio (ex art. 16 D.P.R. 309/90).

3.6.1. Requisiti Strutturali

Devono essere previsti:

- Un locale di attesa.
- Un locale per accoglienza utenti e informazione.
- Un ambulatorio (ad eccezione dei programmi di rete) ove somministrare anche la terapia farmacologica nel caso sia prevista dalla tipologia d'intervento.
- Un locale per consulenza medico psichiatrica, psicologica e sociale (ad eccezione dei programmi di rete).
- Un locale per la direzione da utilizzare anche per le riunioni e l'archivio.
- Servizi igienici per il personale e per l'utenza.

All'interno di strutture ambulatoriali può essere collocata la sede operativa per l'attività domiciliare.

3.6.2. Requisiti Tecnologici

Sono presenti un frigorifero, ove sia prevista la terapia farmacologica, ed una cassaforte.

Il servizio dispone degli adeguati supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche, fax, e dotazioni informatiche (hardware, software e collegamenti in rete).

3.6.3. Requisiti Organizzativi

Nell'ambito dell'attività ambulatoriale, deve essere individuato un responsabile in possesso di Diploma di Laurea coerente con la tipologia d'intervento.

Il Responsabile garantisce un impegno di servizio per almeno 36 ore settimanali.

Il Responsabile non può essere sostituito, salvo gravi e documentati motivi, per almeno dodici mesi dalla designazione. In ogni caso deve essere previsto un sostituto della medesima qualificazione professionale, eventualmente appartenente ad altro servizio della medesima regione.

La documentazione relativa alla tipologia d'intervento deve contenere: principi, modelli teorici di riferimento, definizione del target, definizione degli obiettivi, definizione della azioni/prestazioni, definizione delle fasi e dei tempi, esplicitazione delle risorse umane impiegati e dei metodi di supervisione utilizzati, definizione degli strumenti di monitoraggio, definizione degli strumenti di valutazione (punti 2 e 4 dei requisiti generali).

Il Responsabile è affiancato da ulteriori operatori, in possesso di idonei titoli e requisiti professionali per un numero complessivo di personale non inferiore ad una unità ogni dieci utenti.

Fino a due unità di personale (escluso il responsabile), deve essere instaurato rapporto di lavoro per 18 ore settimanali ciascuno, per le ulteriori unità può essere previsto il tempo parziale purché assicurato il monte ore complessivo necessario.

In ogni caso deve essere garantita la presenza continuativa di personale per tutta la durata di svolgimento dell'attività.

Le ONLUS possono avere fino al 25% della dotazione minima di personale in formazione.

Deve essere:

- garantita la formazione degli operatori tramite riunioni di équipe ed aggiornamento periodico;
- utilizzata una cartella individuale che contenga i dati relativi al paziente (dati anagrafici, data inizio programma, operatori di riferimento, diagnosi), gli strumenti di valutazione utilizzati, il piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazione della chiusura del programma;
- assicurato un sistema di archiviazione (possibilmente sia informatizzato sia cartaceo) delle cartelle che consenta un rapido accesso ai dati;
- adottato un regolamento interno contenente: diritti e obblighi degli utenti, norme regole di comportamento e di vita comunitaria, impiego degli utenti nelle attività di vita comunitaria.

Devono essere:

- adottati documenti di registrazione delle attività nonché di registrazione giornaliera di utenti;
- programmate ed effettuate regolarmente riunioni di équipe e aggiornamento periodico.

.

E' previsto il possesso di specifica documentazione relativa alla copertura assicurativa di rischio, infortunio e danno provocato o subito da operatori, volontari, tirocinanti e utenti.

3.7. CONSULTORIO FAMILIARE

Espleta le funzioni di cui alle leggi n. 405/75 e n. 194/78, caratterizzate da unitarietà ed integrazione funzionale.

3.7.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita. Ciascun Consultorio Familiare dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locale per consulenza psicologica diagnostica e terapeutica;
- locali per visite ostetrico–ginecologiche, pediatriche, ecc.;
- spazi per riunioni;
- spazi per le attività dei consulenti;
- spazi di attesa, accettazione, attività amministrative;
- servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili;
- spazio archivio.

In tutti i locali, devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali o artificiali, secondo la normativa vigente.

3.7.2. Requisiti Organizzativi

- Presenza delle figure professionali mediche, personale infermieristico e di assistenza sociale di cui all'art. 3 della legge n. 405/75.
- La dotazione di personale e la presenza nelle attività ambulatoriali sono programmate in relazione alla popolazione servita.
- Le attività e le prestazioni consultoriali in ambito sociale e sanitario sono caratterizzate da unitarietà ed integrazione funzionale.

3.8. CENTRI AMBULATORIALI DI TERAPIA IPERBARICA

Le camere iperbariche devono essere progettate, costruite e collaudate in ottemperanza a quanto prescritto specificamente dal Regio Decreto 12/05/1927 n. 824, dal D.M. 21/11/1972 e relative Raccolte VSR, M ed S, dal D.M 21/5/1974 e relativa Raccolta E, dalle circolari tecniche di aggiornamento dei citati decreti emanate dall'ex ANCC e dell'ISPESL e dalle altre norme relative alla costruzione, uso ed impiego dei dispositivi medici (Direttiva Europea n. 93/42/CEE recepita in Italia con Decreto Legislativo 24/2/1997 n. 46).

3.8.1. Requisiti Strutturali e Impiantistici

Tutte le camere iperbariche, anche esistenti, devono soddisfare le specifiche normative riguardanti le camere di nuova costruzione.

Il locale che ospita una camera iperbarica deve essere ubicato al piano terra dell'edificio e rispondere ai requisiti previsti dalle vigenti norme relative alle "*installazioni pericolose*" all'interno degli Ospedali e/o Case di Cura e/o Strutture ambulatoriali.

Le strutture devono essere resistenti al fuoco; all'interno delle camere non devono essere installati motori elettrici e non devono essere presenti prese a spina; non sono ammesse valvole a sfera.

Devono essere presenti:

- una sala per medicazioni;
- una sala per urgenze e rianimazioni;
- un locale per lavaggio e disinfezione sterilizzazione del materiale;
- un locale "filtro" per materiale sporco, ove necessario;
- una zona deposito per materiale pulito e sterilizzato;
- un locale per personale tecnico ed infermieristico;
- uno spazio per lo stoccaggio delle attrezzature e dei gas;
- uno spazio per i compressori e gli accumulatori;
- uno spazio per il deposito di parti di ricambio;
- uno spazio per la manutenzione e la riparazione delle attrezzature;
- uno spazio per le pratiche amministrative ed i protocolli delle procedure di impiego e delle procedure di emergenza.

Il locale permette la rimozione della camera per eventuali ispezioni totali per la sua manutenzione e per eventuali prove idrauliche.

La camera iperbarica è posizionata in modo da poter essere accessibile da ogni lato per:

- controlli ed ispezioni durante il funzionamento;
- permettere le necessarie operazioni di manovra.;
- agevolare l'ingresso dei pazienti nel suo interno;
- posizionare strumentazioni di controllo (telecamere, sistemi per l'illuminazione etc.).

Lo spazio fruibile all'interno della camera iperbarica tiene conto sia delle dimensioni di ingombro delle attrezzature da introdurre, sia della introduzione e permanenza di eventuali barelle, sedie a rotelle, sedili.

La camera iperbarica, progettata per permettere l'entrata e l'uscita di persone durante il trattamento terapeutico, prevede una camera di decompressione di capacità sufficiente a contenere almeno due persone ed eventuale sedia a rotelle.

E' previsto un vano passa-oggetti per il trasferimento di medicine o altro materiale che debbano essere introdotti con urgenza nella camera stessa.

Il pavimento del locale è progettato e costruito in modo da poter sostenere il peso sia della camera iperbarica sia delle attrezzature di supporto e funzionamento.

Il pavimento (se si prevede la possibilità di effettuare nel locale prove idrauliche sulla camera iperbarica per eventuali future riparazioni o modifiche) sopporta il peso della quantità d'acqua necessaria per l'esecuzione della prova di pressione.

Le camere iperbariche sono equipaggiate con un pavimento che sia strutturalmente in grado di sostenere le persone e le attrezzature necessarie per l'effettuazione delle terapie e delle manutenzioni.

Il pavimento della camere è costruito con materiale non ferroso, non combustibile ed antistatico ed è dotato di messa a terra efficiente ed equipotenziale con fasciame.

In presenza di una intercapedine fra pavimento e fondo, il pavimento è dotato di aperture per permetterne l'accesso, l'ispezione e la pulizia.

Se non è possibile disporre di tali aperture, il pavimento è removibile.

Se il pavimento è costituito da elementi removibili, questi sono fermamente bloccati, con collegamenti non permanenti, alla struttura rigida e collegati ed essa in modo da ottenere una equipotenzialità elettrica.

Le tubazioni della camera iperbarica interne o passanti attraverso la pare sono costituite in rame, in bronzo o in acciaio.

Nel locale esiste un impianto di rivelazione ed estinzione degli incendi che interessi anche il quadro di controllo e manovra.

Sono disponibili per gli operatori idonei sistemi di respirazione in caso di incendio.

I sistemi di respirazione sono ubicati in maniera che gli operatori possano rimanere alla consolle di manovra della camera iperbarica in caso di emergenza.

Il locale adibito alla camera iperbarica è attrezzato con un sistema di illuminazione di emergenza che si attiva automaticamente qualora venga a mancare la sorgente principale di energia elettrica.

Per tale evenienza il quadro di manovra e di controllo è alimentato da un sistema di alimentazione elettrica di emergenza.

Il quadro di manovra e di controllo della camera iperbarica è posizionato in modo da non ostacolare la movimentazione di persone ed attrezzature.

Le sorgenti per l'illuminazione interna sono progettate e costruite per essere installate all'esterno della camera iperbarica e portare l'illuminazione all'interno mediante fibre ottiche o elementi similari oppure attraverso oblò trasparente.

In caso di sorgente per l'illuminazione interna, attraverso oblò trasparente, la sorgente di luce non causa l'innalzamento della temperatura del materiale trasparente oltre quella massima prevista per lo stesso materiale dalla norma di ammissione all'impiego per apparecchi a pressione.

Le valvole degli impianti di distribuzione dell'ossigeno (o altri gas respiratori) sono tutte del tipo a volantino per l'alta pressione.

3.8.2. Requisiti Tecnologici

Le porte di accesso sono del tipo tagliafuoco.

Devono essere presenti almeno:

- un kit di rianimazione manuale (canule, maschere, etc);
- un elettrocardiografo;
- un sistema di misurazione della pressione arteriosa non invasivo;
- un sistema di aspirazione interno alla camera iperbarica;
- un sistema di aspirazione esterno alla camera iperbarica;
- l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base, di cui è controllata la funzionalità.

I sedili e le suppellettili da installare sono costruiti con materiale ignifugo (classe 0 o 1), antistatico, senza bordi taglienti o acuminati e sono dotati di messa a terra per essere equipotenziali col fasciame.

Le imbottiture dei sedili e dei materassi sono ottenute da materiali ignifughi (classe 0 o 1).

Se viene usato materiale di rivestimento per attutire gli echi e i rumori, tale materiale è esso stesso ignifugo ed antistatico.

3.8.3. Requisiti Organizzativi

Tutto il personale è informato e formato sulla prevenzione dei rischi in ambiente iperbarico.

Tutto il personale adotta misure atte a mantenere adeguati livelli di sicurezza, secondo quanto indicato dalle linee guida nazionali (ISPESL).

3.8a. PRESIDI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

Finalità

Per attività di chirurgia ambulatoriale si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici ed anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o seminvasive, senza ricovero, in ambulatorio, che non prevedono durante la loro esecuzione la perdita di coscienza o di mobilità di segmenti scheletrici; pertanto devono essere messe in atto tecniche anestesiologiche tali da consentire all'utente di deambulare al termine dell'atto chirurgico.

La chirurgia ambulatoriale non è compatibile con l'uso dell'anestesia generale o della sedazione profonda nonché con l'anestesia loco-regionale ad eccezione fatta per l'anestesia tronculare.

3.8a.1. Requisiti Strutturali

I Presidi devono essere localizzati in aree facilmente accessibili ai pazienti e ad eventuali mezzi soccorso.

La dotazione minima di ambienti per detta attività è la seguente:

- uno spazio attesa, accettazione, attività amministrative;
- una zona preparazione pazienti e spogliatoio;
- un locale chirurgico, non inferiore a 20 mq, dotato di lettino tecnico, lampada scialitica e carrello anestesia dedicato all'esecuzione delle prestazione sanitarie;

- un deposito materiali sterili e strumentario chirurgico;
- un spazio di osservazione per i pazienti che hanno subito l'intervento;
- un locale visita;
- uno spazio/locale per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico;
- uno spazio/locale per la sterilizzazione e disinfezione dello strumentario, qualora non esista un servizio centralizzato di sterilizzazione o l'affidamento a centrali esterne;
- servizi igienici distinti per utenti e personale, di cui almeno uno accessibile alle persone disabili;
- uno spazio spogliatoio per il personale separato dal locale chirurgico;
- una zona/locale separato dal locale chirurgico per il lavaggio e la disinfezione delle apparecchiature che dovranno poi essere sterilizzate;
- uno spazio/locale per la gestione dei rifiuti speciali. In caso di stoccaggio, locale ad esso esclusivamente dedicato;
- uno spazio/locale per deposito di materiale pulito;
- uno spazio/locale per deposito di materiale sporco.

Negli ambulatori protetti per esami endoscopici deve essere prevista una sala dedicata di superficie non inferiore a 20 mq comprensivi del locale per l'endoscopia e di un locale distinto per il lavaggio, disinfezione e sterilizzazione degli strumenti.

3.8a.2. Requisiti Tecnologici

In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione.

Qualora la struttura non usufruisca di un servizio esterno di sterilizzazione, è indispensabile un'autoclave per la sterilizzazione dello strumentario in regola con le disposizioni relative alla direttiva europea 93/42/CEE, comprese una imbustatrice per ferri, e una lavastrumenti.

Nel locale chirurgico devono essere garantite, da apposito impianto di climatizzazione, le seguenti condizioni microclimatiche:

- ricambi aria/ora 6 v/h ottenuti con aria esterna, senza ricircolo;
- temperatura invernale ed estiva tra i 20 ed i 24°C;
- umidità relativa compresa tra i 40 ed il 60%, ottenuta con umidificatore e regolata da apposito igrometro;
- filtraggio dell'aria al 99,97%.

Deve inoltre essere presente un sistema di alimentazione di emergenza.

La dotazione strumentale deve essere la seguente:

- lo strumentario necessario per l' eventuale ventilazione assistita e per l'intubazione tracheale;
- un lavello con comando non manuale, nel locale/spazio preparazione chirurghi;
- attrezzature idonee in base alle specifiche attività e lettino tecnico, nel locale visita–trattamento;
- un carrello per la gestione delle emergenze, completo di un cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale e fonte di ossigeno, un carrello per la gestione dei farmaci di pronto soccorso e un carrello per le medicazioni con strumentario chirurgico, presenti nell'ambiente chirurgico.

Devono essere utilizzate le seguenti misure barriera: guanti monouso, cuffia, visiere per la protezione degli occhi, naso e bocca oppure occhiali a lenti larghe e mascherina.

3.8a.3. Requisiti Organizzativi

Ogni Presidio di chirurgia ambulatoriale deve possedere i seguenti requisiti organizzativi:

- un direttore responsabile, in possesso di specializzazione, e un responsabile dell'attività per specifica branca specialistica. Le funzioni di direttore responsabile possono essere svolte anche da uno dei suddetti responsabili specialisti presenti;
- presenza di almeno un medico appartenente alla disciplina inerente la specifica attività svolta, garantita per tutta la durata dell'attività dell'ambulatorio; qualora nel presidio ambulatoriale operino più medici, questi sono tenuti ad esercitare la propria attività esclusivamente nell'ambito delle loro specifiche competenze;
- personale infermieristico adeguato e specificamente formato in relazione agli accessi ed alla tipologia dell'attività chirurgica;
- anestesista all'interno degli ambulatori chirurgici oculistici, dermatologici etc. non protetti, in relazione alla tipologia ed alla complessità degli atti effettuati. Per ogni procedura dovranno essere elaborati specifici protocolli di ammissione e cura.

Vengono seguiti protocolli dettagliati per:

- la sanificazione degli ambienti;
- le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione, confezionamento e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori.

Deve essere predisposta una specifica procedura per la preparazione del paziente all'intervento ed una procedura per la sorveglianza del paziente nell'immediato momento post–operatorio.

Le prestazioni effettuate sono registrate e corredate dalle generalità riferite dall'utente nel documento sanitario.

Le registrazioni e le copie dei referti sono conservate secondo le modalità sancite dalla normativa vigente.

Deve esistere:

- una procedura per la raccolta del consenso informato;
- un protocollo dettagliato per le procedure di verifica del corretto funzionamento dell'autoclave secondo quanto indicato dalle norme armonizzate alla 93/42/CEE;
- un registro stupefacenti e sostanze psicotrope
- una procedura per la gestione dell'emergenza.

3.9 CENTRO DI SALUTE MENTALE (CSM)

Espleta le funzioni indicate per il CSM dal D.P.R. 7/4/1994.

Il CSM è una struttura territoriale ad accesso diretto per accogliere, valutare e rispondere ai bisogni di salute mentale dei cittadini, in età maggiore dei 18 anni, residenti nel bacino di utenza.

Il CSM garantisce la continuità del percorso di cura e di assistenza degli utenti presi in carico.

Il CSM effettua, attraverso interventi multidisciplinari prevalentemente strutturati in équipes, visite specialistiche, trattamenti psicoterapeutici, interventi infermieristici, interventi sociali e di rete, programmi riabilitativi, trattamenti farmacologici, interventi di ascolto e di supporto ai familiari.

Le attività possono essere svolte nel presidio, a livello domiciliare e/o nel contesto di vita dell'utente. Il CSM opera attraverso trattamenti territoriali intensivi anche su pazienti a basso consenso alle cure; inoltre garantisce il collegamento con gli altri servizi di salute mentale per il percorso di cura dell'utente."

3.9.1. Requisiti Minimi Strutturali e Tecnologici

Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita. Ciascun Centro di Salute Mentale dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locali per attività diagnostiche, visite psichiatriche, trattamenti psicoterapeutici, interventi sociali, interventi infermieristici;
- locale visita medica;
- locale per riunioni;
- spazio archivio;
- spazi di attesa, accettazione, attività amministrative;
- servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili;
- locale spogliatoio per il personale;
- locale/spazio per deposito materiale pulito e locale/spazio per deposito materiale sporco;
- locale per la conservazione degli archivi e dei dati sensibili;
- locale medicheria con armadio farmaceutico.

Ogni CSM deve essere dotato di almeno 2 PC, per le attività SISP e per le attività clinico-amministrative, di almeno un'autovettura di servizio, di almeno 2 linee telefoniche e di un fax.

In tutti i locali, devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali o artificiali, secondo la normativa vigente.

3.9.2. Requisiti Minimi Organizzativi

E' assicurata:

- la presenza di personale medico ed infermieristico per tutto l'orario di apertura e la presenza di almeno 1 psicologo e 1 assistente sociale ogni giorno nel turno antimeridiano o pomeridiano;
- la presenza programmata delle altre figure professionali di cui al D.P.R. 7/4/94, in relazione alla popolazione del territorio servito;
- l'apertura è di almeno 12 ore al giorno dal lunedì al venerdì e dalle 8 alle 14 del sabato e dei prefestivi, con accoglienza a domanda, organizzazione attività territoriale, intervento in condizioni di emergenza-urgenza;
- il collegamento con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza;
- il collegamento con le altre strutture per la Tutela della Salute Mentale di cui al D.P.R. 7/4/94;
- la presenza di una figura amministrativa per ogni CSM non collocato all'interno di un presidio sanitario polifunzionale.

3.10 SERVIZIO TUTELA DELLA DISABILITA' IN ETA' ADULTA

Il Servizio tutela della disabilità in età adulta è un servizio pubblico territoriale che espleta le funzioni di presa in carico delle persone con disabilità stabilizzata in età adulta e programma l'attivazione e l'integrazione della rete di Servizi sociali e sanitari. E' ad accesso diretto ed accoglie, valuta e risponde ai bisogni di cura, riabilitazione e assistenza delle persone con disabilità stabilizzata, in età maggiore dei 18 anni, residenti nel bacino d'utenza, garantendo il percorso di cura dell'utente.

Le attività, rivolte agli utenti e alle loro famiglie, comprendono anche una collaborazione operativa con i servizi socio-assistenziali ed educativi del territorio, collegamenti con il servizi Tutela salute mentale e riabilitazione in età evolutiva (TSMREE), i medici di medicina generale. Inoltre, nell'ottica della presa in carico e della costruzione di progetti di vita, attua collegamenti con gli altri Servizi ASL: Distretti, Dipartimento di Medicina Legale, Servizi Ausili e Protesi, Dipartimento di Salute Mentale.

3.10.1. Requisiti Minimi strutturali e tecnologici

Il Servizio è in regola con la vigente normativa circa l'accessibilità delle persone con disabilità.

Il Servizio è raggiungibile mediante trasporto pubblico

Ciascun Servizio dispone di locali e spazi in relazione alla popolazione servita. Ciascun Servizio Tutela della Disabilità in Età Adulta dispone almeno:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni,
- spazi per l'attesa
- locale per visita medica
- locali per attività/interventi
- locale per riunioni
- servizi igienici distinti per operatori e utenti, di cui almeno uno accessibile alle persone con disabilità
- spazio archivio

In tutti i locali devono essere di regola assicurati l'illuminazione e la ventilazione naturale o artificiale secondo la normativa vigente.

Il Servizio è dotato di attrezzature e materiali per le attività d'istituto.

3.10.2. Requisiti organizzativi

Le attività sono svolte dall'équipe multiprofessionale composta da:

- medici specialisti in neuropsichiatria infantile e/o psichiatria e/o medicina fisica e riabilitazione e/o neurologia e/o disciplina equipollente ovvero possedere un'anzianità di servizio di cinque anni nel settore
- psicologi clinici

- professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale, educatore professionale)
- assistenti sociali

Il Servizio è dotato di personale amministrativo

La dotazione organica del Servizio è programmata in relazione al bacino di utenza e alla popolazione in età adulta servita.

3.11. UNITÀ TUTELA SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE IN ETA' EVOLUTIVA (TSMREE)

E' una struttura pubblica territoriale aperta ad accesso diretto che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-17 anni), residenti nel bacino di utenza, che presentano disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psicologico, psichiatrico e dello sviluppo, disabilità, situazioni di disagio psico-sociale e relazionale anche quando si tratti di minori provenienti dal circuito penale.

In tale ambito viene assicurata una presa in carico globale integrata, attraverso équipes multidisciplinari, del soggetto in età evolutiva in situazione di handicap e di disagio ma anche della sua famiglia e viene, altresì, assicurata l'integrazione con i servizi sociali, educativi e scolastici, il raccordo con l'autorità giudiziaria, nonché, il coordinamento con i Centri di Riabilitazione.

Garantisce la continuità del percorso di cura e di assistenza degli utenti presi in carico.

Le attività possono essere svolte nel presidio, a livello domiciliare e/o nel contesto di vita dell'utente.

3.11.1. Requisiti strutturali e tecnologici

Il numero locali e degli spazi deve essere dimensionato in relazione alla popolazione servita. Ciascuna U.O. dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locali per attività diagnostiche, trattamenti psicoterapeutici, interventi sociali, interventi infermieristici, terapeutico-riabilitativi;
- locale visita medica;
- locale per riunioni;
- spazi di accettazione e attività amministrative;
- servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili;
- locale spogliatoio per il personale;
- locale/spazio per deposito materiale pulito e locale/spazio per deposito materiale sporco;
- spazio archivio per la conservazione dei dati sensibili;
- locale di soggiorno e attesa;
- locale medicheria con armadio farmaceutico.

Ogni U.O. deve essere dotata di almeno 2 PC (per le attività relative al sistema informativo e per le attività clinico-amministrative), di almeno 2 linee telefoniche e di un fax e, ove necessario, di un'autovettura di servizio.

In tutti i locali, devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali o artificiali, secondo la normativa vigente e:

- numero di locali adeguati alla presenza di medici, psicologi clinici, assistenti sociali, personale di riabilitazione, educatori, tra cui almeno uno adeguato per terapie di gruppo (media 5 utenti)
- dotazione di attrezzature e materiali specifici per le attività svolte, adeguate alle diverse fasce di età.

3.11.2. Requisiti organizzativi

E' assicurata:

- la presenza di personale sanitario (medici o psicologi) per tutto l'orario di apertura
- l'apertura giornaliera prevista è di almeno 8 ore dal lunedì al venerdì, con accoglienza a domanda
- il collegamento con le altre strutture territoriali e ospedaliere
- la presenza di una figura amministrativa per ogni Presidio.

Equipe multiprofessionale con la presenza di personale con specifica competenza nell'area dell'età evolutiva comprendente:

- medici specialisti in Neuropsichiatria infantile
- psicologi clinici
- operatori sanitari di riabilitazione nelle diverse specificità: logopedista, fisioterapista, terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva
- assistenti sociali
- educatori professionali
- personale di accoglienza e amministrativo

La dotazione di personale è programmata in relazione al bacino di utenza ed alla popolazione in età evolutiva servita, secondo quanto previsto dalla D.C.R. 1017 del 13 luglio 1994 e s.m.i..

Le attività e prestazioni, rivolte agli utenti in età evolutiva ed alle loro famiglie, comprendono una collaborazione operativa con i servizi socio-assistenziali ed educativi, collegamenti trasversali con gli altri servizi dell'area materno infantile, del Distretto sanitario, comprese le strutture residenziali e di ricovero, la medicina legale, i servizi di Salute Mentale, con il pediatra di libera scelta/medico di medicina generale, e longitudinali per progetti per la continuità della presa in carico nelle età successive con i servizi di Salute Mentale e quelli per i disabili adulti.

Devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il minore.

3.12. AMBULATORIO PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E OBESITÀ - CON POSSIBILITÀ DI "PASTI ASSISTITI"

Finalità e Destinatari

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) possono essere definiti come *persistenti disturbi del comportamento alimentare o di comportamenti finalizzati al controllo del peso, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta.*

L'ambulatorio per i disturbi del comportamento alimentare è una struttura pubblica ambulatoriale che svolge funzione di *primo accesso* al sistema, di *accoglienza* e di *inizio della relazione terapeutica* con l'utente, di filtro diagnostico e terapeutico nei confronti dei successivi livelli assistenziali, ma soprattutto di ambito di trattamento specifico per la maggioranza degli utenti. Opera una prima valutazione dei pazienti attraverso la somministrazione di una batteria di test specifici e analisi cliniche.

L'ambulatorio ha anche la funzione di completa reintegrazione nel nucleo familiare e nelle attività di studio e/o lavorative, successive alla dimissione dalle strutture di ricovero, diurne o residenziali.

L'ambulatorio svolge inoltre compiti di controllo periodico per i soggetti che non hanno rivelato elementi clinici tali da richiedere trattamenti intensivi, o hanno già superato questa fase, ma che manifestano ancora disagi, elementi psicopatologici e/o disturbi comportamentali in questa sfera che richiedono un'attenzione clinica.

Infine, l'ambulatorio può effettuare valutazioni di follow-up, successive alle dimissioni e agli altri trattamenti, utili per confermare o modificare le scelte adottate.

I trattamenti ambulatoriali prevedono interventi psicoterapeutici individuali, familiari e di gruppo; interventi di valutazione psichiatrica e di psicologia clinica con eventuale trattamento psicofarmacologico; interventi di valutazione e trattamento internistico, nutrizionale e dietologico; interventi psicoeducazionali; trattamenti di psicomotricità, gruppi di auto aiuto, ecc..

La *fase di compenso* prevede la presenza di un disturbo conclamato e diagnosticabile per la presenza di specifici sintomi alimentari, ma quando non sussistono le seguenti condizioni:

- alterazioni di Parametri ematochimici

- alterazioni di Parametri internistici
- presenza di comportamenti suicidari o autolesionistici recenti
- comorbidità con patologie gravi o difficilmente gestibili in regime ambulatoriale
- presenza di comportamenti antisociali
- rifiuto delle cure e delle valutazioni diagnostiche ritenute indispensabili

Inoltre:

- *non* deve essere necessaria alimentazione assistita (sondino o alimentazione parenterale)
- il BMI *non* deve essere inferiore a 15
- deve essere presente buon grado di autonomia funzionale o disponibilità di almeno un familiare

3.12.1. Requisiti Strutturali

Il numero locali e degli spazi deve essere dimensionato in relazione alla popolazione servita. Ciascun Ambulatorio dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locali per attività diagnostiche, trattamenti psicoterapeutici, interventi sociali, interventi infermieristici, terapeutico-riabilitativi;
- locale visita medica;
- locale per riunioni;
- spazi di attesa, accettazione, attività amministrative;
- servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili;
- locale spogliatoio per il personale;
- locale/spazio per deposito materiale pulito e locale/spazio per deposito materiale sporco;
- spazio archivio per la conservazione dei dati sensibili;
- locale medicheria con armadio farmaceutico.

Ogni Ambulatorio deve essere dotato di almeno 2 PC (per le attività relative ai sistemi informativi e per le attività clinico-amministrative), di almeno 2 linee telefoniche e di un fax e, ove necessario, di un'autovettura di servizio.

In tutti i locali, devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali o artificiali, secondo la normativa vigente e:

- numero di locali adeguati alla presenza di medici, psicologi, assistenti sociali, personale di riabilitazione, educatori, tra cui almeno uno adeguato per terapie di gruppo (media 5 utenti)
- dotazione di attrezzature e materiali specifici per le attività svolte, adeguate alle diverse fasce di età.

3.12.2. Requisiti Organizzativi

E' assicurata:

- la presenza di medici o psicologi per tutto l'orario di apertura
- l'apertura giornaliera prevista è di almeno 8 ore dal lunedì al venerdì, con accoglienza a domanda
- il collegamento con le altre strutture territoriali e ospedaliere
- la presenza di una figura amministrativa per ogni Presidio.

Equipe multidisciplinare con presenza di personale con specifica competenza nell'area dei disturbi del comportamento alimentare comprendente:

- 2 psicologi specialisti in Psicoterapia
- 2 medici specialisti Psichiatria (di cui uno con funzioni di responsabile)
- 1 medico specialista in medicina interna e/o endocrinologo
- 1 medico nutrizionista
- 1 assistente sociale
- 1 infermiere
- 2 educatori professionali
- 1 dietista
- personale di accoglienza e amministrativo con competenza specifica nell'uso del personal computer.

La dotazione di personale è programmata in relazione al bacino di utenza ed alla popolazione servita.

Le attività e prestazioni, rivolte agli utenti in età evolutiva ed alle loro famiglie, comprendono una collaborazione operativa con i servizi socio-assistenziali ed educativi, collegamenti trasversali con gli altri servizi dell'area materno infantile, del Distretto sanitario, comprese le strutture residenziali e di ricovero, la medicina legale, i servizi di Salute Mentale, con il pediatra di libera scelta/medico di medicina generale, e longitudinali per progetti per la continuità della presa in carico nelle età successive con i servizi di Salute Mentale e quelli per i disabili adulti.

Devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente.

4. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

4.1. RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (R.S.A.)

Finalità

Le R.S.A. sono strutture sanitarie residenziali socio-sanitarie, gestite da soggetti pubblici o privati, organizzate per nuclei, finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, assistenziali di recupero funzionale e di inserimento sociale nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture tipo ospedaliero o in centri di riabilitazione di cui all'art. 26 della L 833/78.

L'ospitalità può essere anche temporanea e programmata per:

a) completamento di programmi riabilitativi già iniziati presso una struttura ospedaliera.

b) riduzione del carico assistenziale della famiglia per brevi e determinati periodi.

L'ospitalità temporanea può essere prevista come permanenza dell'ospite per tutto l'arco della giornata ovvero durante la notte per specifiche patologie.

Le R.S.A. possono costituire presidi autonomi o essere ubicate all'interno di strutture polifunzionali ove sono organizzati:

- servizi socio sanitari a ciclo diurno diretti a persone parzialmente autosufficienti e non autosufficienti;
- servizi sanitari ambulatoriali aperti alla fruizione della generalità dei cittadini;
- unità di degenza preferibilmente per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie;
- servizi socio-assistenziali residenziali e non residenziali rivolti ad anziani e persone con disabilità.

Nelle R.S.A. possono essere istituite Unità di Dialisi Decentrate per Anziani (U.D.D.A.) che dovranno assicurare le prestazioni di dialisi con priorità agli ospiti nefropatici rispetto agli utenti esterni

Destinatari

Le R.S.A. sono diversamente strutturate , in termini organizzativi in funzione delle seguenti aree di intervento:

- **senescenza** riferita a persone anziane con temporanea, totale o prevalente limitazione della propria autosufficienza per patologie cronico-degenerative;
- **disabilità** riferita a persone adulte portatrici di disabilità fisica, psichica sensoriale o mista, in condizione di notevole dipendenza, per i quali la contemporanea presenza di malattie cronico-degenerative ha reso i bisogni assistenziali, infermieristici e tutelari assimilabili a quelli dell'area della senescenza.

Le R.S.A. sono inoltre organizzate in funzione dei seguenti livelli prestazionali in linea con le indicazioni della Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali (maggio 2007) :

- "R1", Unità di cure residenziali intensive: Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario; trattamenti residenziali intensivi di cura, recupero e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario ed assistenziale rivolti alle persone con patologie non acute, in condizioni di responsività minimale, stati vegetativi e comi prolungati, con gravi patologie neurologiche degenerative progressive, caratterizzate da complessità, instabilità clinica e/o gravissima disabilità, con insufficienza respiratoria grave con ventilazione meccanica, che richiedono supporto alle funzioni vitali e continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24h. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, assistenza farmaceutica ed accertamenti diagnostici.
- "R2", Unità di cure residenziali estensive: Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti; trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale rivolti a persone non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici
- "R2D", Nuclei Demenza: Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti; trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico" rivolti a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento o dell'affettività; i trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale.
- "R3", Unità di cure residenziali di mantenimento: Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti; trattamenti sanitari di lungoassistenza a forte rilevanza sociale, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, rivolte a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale e da attività di socializzazione e animazione.

- "SR" Prestazioni Semiresidenziali – Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni
- "SRD" Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale

In ciascun nucleo sono ospitate di norma persone afferenti alla medesima area di intervento e al medesimo livello prestazionale.

4.1.1. R.S.A. IN REGIME DI RESIDENZIALITÀ

4.1.1.1. Requisiti Strutturali

La capacità recettiva per presidi autonomi è di minimo 20 posti e massimo di 80, in via eccezionale fino a 120 posti (strutture ubicate in zone ad alta densità abitativa ovvero derivanti da riconversioni di strutture sanitarie di ampie dimensioni ovvero per documentate esigenze del territorio dell'azienda U.S.L. dove la struttura è ubicata).

La R.S.A. è di norma articolata in nuclei di minimo 10 e massimo 20 persone. Per il livello prestazionale R1 il nucleo è di minimo 4 e massimo 10 persone.

Area della residenzialità

Area abitativa

Devono essere previsti:

- Camere da 1,2,3,4, letti; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle carrozzine.
- Servizi igienici adeguati ai pazienti non autosufficienti a servizio di almeno un terzo dei posti letto, con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, accesso diretto o immediatamente attiguo alla camera, dotato di lavandino, wc, doccia e, laddove possibile, bidet.

Servizi di nucleo (ogni 10-20 posti):

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

Area destinata alla valutazione e alle terapie

Devono essere previsti:

- Locali e attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche.
- Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione.
- Locali e palestra con attrezzature per le specifiche attività riabilitative previste, anche in comune con altre U.O.

Area della socializzazione

Devono essere previsti:

- Servizi per l'assistenza religiosa e relativi locali.
- Angolo bar, anche in comune con altre U.O. (in alternativa distributori automatici di alimenti e bevande).
- Sale e soggiorni polivalenti.
- Locali per servizi all'ospite (barbiere, parrucchiere, podologo).
- Sale per le attività occupazionali.
- Aree verdi attrezzate all'interno del complesso; qualora ciò non sia possibile, le aree verdi attrezzate possono collocarsi anche fuori dalla struttura, nelle vicinanze della stessa, fatta salva comunque la possibilità da parte degli assistiti di accedervi facilmente.
- Servizi igienici.

Aree generali e di supporto

Devono essere previsti:

- Ingresso con portineria, posta, telefono.
- Uffici amministrativi.
- Cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo sporzionamento).
- Lavanderia e stireria (se il servizio è appaltato all'esterno locali per lo stoccaggio).
- Magazzini.
- Spogliatoi per il personale con annessi servizi igienici.
- Camera mortuaria con sala dolenti.

- Depositi pulito e sporco.

Tutti i corridoi le scale ed i locali di passaggio devono essere forniti di corrimano.

Qualora la R.S.A. sia collocata nell'ambito di complessi sanitari o socio–sanitari polifunzionali è consentita l'utilizzazione di spazi in comune quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto, all'area di socializzazione e all'area della valutazione e delle terapie. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

Standard dimensionali

Gli standard dimensionali cui riferirsi nella realizzazione delle residenze sono determinati nelle misure che seguono.

Va tenuto presente che gli standard rapportati alle persone sono da considerarsi netti, in quanto fanno riferimento a superfici utili per lo svolgimento delle funzioni specifiche:

a) la superficie totale utile funzionale della strutture è fissata in mq 40/45 per ospite;

b) per gli alloggi:
   mq 28 per una persona
   mq 38 per due persone
   mq 52 per tre persone

c) per le camere (bagno escluso):
   mq 12 per una persona
   mq 18 per due persone
   mq 26 per tre persone
   mq 32 per quattro persone

d) le restanti aree di attività e di servizio sono da dimensionarsi nel computo complessivo di 40/45 mq per ospite di cui alla precedente lettera a);

e) nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20% degli standard di riferimento.

4.1.1.2. Requisiti Tecnologici

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

Per ogni struttura almeno un ambulatorio è attrezzato con un carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo.

Devono essere disponibili i farmaci per il trattamento delle urgenze (adrenalina, cortisonici, antistaminici, diuretici, antiipertensivi, anticonvulsivanti, broncodilatatori, cardiocinetici).

Devono essere presenti:

- attrezzature per la riabilitazione motoria (letto per fisioterapia, cuscini di gomma piuma, tappeto di gomma piuma, parallele, scala svedese, cyclette, pedaliera, apparecchiature per magnetoterapia- elettrostimolazione - ionoforesi);
- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva (materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, etc);
- materiali e strumenti per la terapia occupazionale;
- materiali e strumenti per l'attività ricreativa e di socializzazione;
- attrezzature per l'area abitativa particolarmente adatte ad ospiti non deambulanti e non autosufficiente (letti, materassi e cuscini antidecubito etc.);
- in caso di strutture a più piani, impianti elevatori tra cui almeno un montalettighe idoneo per le persone disabili.

4.1.1.3. Requisiti Organizzativi

L'organizzazione della R.S.A. deve garantire all'ospite:

- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose;
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione;
- un ambiente di vita il più possibile simile alla comunità di provenienza per orari e ritmi di vita, nonché la personalizzazione del proprio spazio residenziale;
- la socializzazione all'interno della R.S.A. anche con l'apporto del volontariato e di altri organismi esterni;
- un intervento globale ed interdisciplinare attuato da operatori qualificati;
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento ovvero delle persone che, al di fuori dei rapporti di parentela intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo.

I livelli assistenziali garantiti nell'ambito della R.S.A. sono articolati in relazione alla complessità dell'assistenza da erogare, così come segue:

- Livello medio-basso nel quale garantire il livello prestazionale "R3"
- Livello medio-alto nel quale garantire i livelli prestazionali "R2" e/o "R2D"
- Livello ad alta intensità assistenziale nel quale garantire il livello prestazionale "R1"

I livelli medio-basso e medio-alto devono di norma coesistere.

L'alta intensità assistenziale, livello prestazionale R1, è attivata preferibilmente in strutture polifunzionali ove sia già presente almeno un reparto di post-acuzie medica o riabilitativa.

La R.S.A. è collegata funzionalmente con i servizi territoriali facenti capo alle attività socio - sanitarie del distretto, comprendenti in particolare l'assistenza di medico di M.G. e il Centro di Assistenza Domiciliare. Inoltre in relazione alle specifiche patologie degli ospiti alle vicine strutture ospedaliere, alle strutture specialistiche poliambulatoriali nonché ai Dipartimenti di Salute Mentale.

Nella R.S.A. devono essere garantite tutte le prestazioni che concorrono al mantenimento delle capacità residue degli ospiti ovvero al recupero dell'autonomia in relazione alla loro patologia al fine di raggiungere e mantenere il miglior livello possibile di qualità di vita. In particolare nelle R.S.A. sono erogate:

- prestazioni di medicina generale, specialistiche, farmaceutiche, a carico del S.S.R., alle condizioni e con le modalità previste per la generalità dei cittadini, anche attraverso i servizi distrettuali ed aziendali;
- prestazioni infermieristiche;
- prestazioni riabilitative;
- consulenza e controllo dietologico;
- prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;
- prestazioni protesiche, odontoiatriche complete e podologiche alle condizioni e con le modalità previste per la generalità dei cittadini;
- prestazioni di prevenzione della sindrome da immobilizzazione con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto;
- prestazioni di tipo alberghiero comprendenti alloggio, vitto e servizi generali rapportati alle particolari condizioni degli ospiti;
- attività di animazione, occupazionale, ricreativa di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine;
- trasporto e accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie all'esterno della R.S.A.;
- prestazioni per la cura personale (barbiere ,parrucchiere e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- l'assistenza religiosa e spirituale favorendo la presenza di diversi assistenti religiosi a seconda della confessione degli ospiti;
- qualora sia presente all'interno della R.S.A. una U.D.D.A. la stessa dovrà possedere i requisiti strutturali ed organizzativi specificamente previsti.

La Direzione della R.S.A. è affidata:

a) al Medico Responsabile in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza (geriatra, fisiatra o altro specialista) ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore con presenza di almeno quattro ore giornaliere per sei giorni alla settimana e con responsabilità dell'assistenza sanitaria e delle condizioni psicofisiche degli ospiti; tale funzione viene estesa anche agli eventuali nuclei semiresidenziali presenti nella stessa struttura

b) all'Infermiere Dirigente in possesso della qualificazione ed esperienza professionale prevista per accedere al livello D.S. (art. 12 del CCNL 7 aprile 1999) con la responsabilità delle attività assistenziali, organizzative ed alberghiere (coadiuvato per la funzione, per le strutture superiori a 60 p.l., almeno da un infermiere coordinatore); tale funzione viene estesa anche agli eventuali nuclei semiresidenziali presenti nella stessa struttura

La R.S.A. deve essere inoltre in possesso del seguente personale:

c) infermieri in numero variabile, in relazione ai livelli prestazionali dei nuclei della R.S.A., con un rapporto minimo non inferiore agli standard assistenziali previsti dalla Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

d) terapisti della riabilitazione, terapisti occupazionali, educatori professionali in numero variabile in relazione ai livelli prestazionali dei nuclei della R.S.A. con un rapporto minimo non inferiore agli standard assistenziali previsti dalla Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

e) operatori socio - sanitari o figure equipollenti in numero variabile in relazione ai livelli prestazionali dei nuclei della R.S.A. con un rapporto minimo non inferiore agli standard assistenziali previsti dalla Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

f) assistente sociale anche a tempo parziale non inferiore alle 12 h settimanali.

g) psicologo anche a tempo parziale non inferiore alle 12 h settimanali.

h) dietista anche a tempo parziale non inferiore alle 12 h settimanali.

L'entità del personale di assistenza deve essere atta a garantire l'assistenza e la sicurezza degli ospiti. Il personale svolge non solo le funzioni di assistenza diretta - di cui rendono conto i minutaggi LEA - ma assolve a bisogni assistenziali indiretti non contenuti in detto minutaggio e che sono variabili in considerazione della organizzazione dei piani di lavoro e della logistica della struttura. L'assistenza diretta dedicata agli ospiti non è una mera esecuzione di prestazioni in funzione delle esigenze degli operatori o della struttura ma deve essere erogata con una tempistica ed una logica che tenga conto delle abitudini e degli stili di vita degli ospiti stessi.

L'organico di personale di seguito schematizzato per ciascun livello prestazionale andrà articolato secondo i turni ed i piani di lavoro stabiliti dalla struttura tenendo conto delle considerazioni sopra esposte.

Il personale di assistenza dovrà inoltre essere proporzionalmente ridimensionato in funzione della grandezza della struttura, dei livelli prestazionali da assicurare, della numerosità dei p.l. per nucleo e in relazione al reale case mix assistenziale degli ospiti tenendo presente il vincolo prioritario di assicurare l'attuazione dei Piani di Assistenza Individuali (PAI); si precisa in ogni

caso che deve essere assicurata la presenza contemporanea per nucleo di almeno due operatori durante l'effettuazione di prestazioni quali mobilizzazione, igiene quotidiana, bagno, vestizione, aiuto nell'alimentazione e deve essere assicurata la presenza notturna di almeno un infermiere ogni 60 posti letto. L'assistenza garantita dagli OSS può essere erogata anche da OTA, ADEST o altre figure similari purché siano qualificate e formate a prestare assistenza diretta alla persona.

Tra il personale della riabilitazione è compreso, secondo le necessità assistenziali: il fisioterapista, il logopedista, il terapista occupazionale, educatore professionale.

Le attività non dedicate all'assistenza diretta alla persona possono essere esternalizzate.

In particolare, per i medici e le figure professionali destinate all'assistenza diretta per i diversi livelli prestazionali dovranno essere garantiti i seguenti standard assistenziali giornalieri:

1) per il livello prestazionale "R1"

Presenza del medico a copertura delle 24h nella struttura

a) Assistenza medica dedicata: 300 minuti/die per nucleo
b) Presenza Infermieristica a copertura delle 24H nel nucleo
c) Assistenza globale dedicata (OTA, OSS, Terapista della riabilitazione,Infermiere) > 210 minuti/die persona (valore medio) di cui assistenza infermieristica dedicata > 90 minuti/die persona (valore medio)

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi infermieristici che vanno dalla gestione dei supporti vitali al controllo e monitoraggio di condizioni cliniche di per se croniche, evolutive e a forte rischio di instabilità oltre a necessità di mobilizzazione e di cura della persona, connota il numero e la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza.

A titolo esemplificativo si riporta una tabella con indicato il personale minimo dedicato all'assistenza in rapporto al numero dei posti letto

			POSTI LETTO	
	Min/die persona	pers minimo	10	20
MEDICO	30,00	1,00	1,00	2,00
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	50,00	2,00	2,00	4,00
PERSONALE INFERMIERISTICO	148,00	6,00	6,00	12,00
OPERATORE SOCIO SANITARIO	148,00	6,00	6,00	12,00
Totale complessivo			15,00	30,00

Si precisa che:

- Per strutture inferiori a 10 PL il personale rimane comunque pari a quello previsto per 10 PL.

2) per il livello prestazionale "R2"

a) Assistenza medica dedicata: 160 minuti/die per nucleo
b) Presenza Infermieristica a copertura delle 24H nel nucleo
c) Assistenza globale dedicata (OTA, OSS, Terapista della riabilitazione, Infermiere) > 140 minuti/die persona (valore medio) di cui assistenza infermieristica dedicata > 45 minuti/die persona (valore medio).

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi infermieristici legati al controllo e monitoraggio di condizioni cliniche oltre a necessità di mobilizzazione e di cura della persona, connota il numero e la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza.

A titolo esemplificativo si riporta una tabella con indicato il personale minimo dedicato all'assistenza in rapporto al numero dei posti letto

	min die persona	pers minimo	POSTI LETTO 20	40	60	80	100	120
MEDICO			0,63	0,79	1,00	1,63	1,79	2,00
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	40,00	1,00	2,00	4,00	6,00	8,00	10,00	12,00
PERSONALE INFERMIERISTICO	53,00	6,00	6,00	8,50	13,00	17,00	21,50	26,00
OPERATORE SOCIO SANITARIO	60,00	6,00	6,00	10,00	14,50	19,50	24,50	29,00
Totale complessivo			14,63	23,29	34,50	46,13	57,79	69,00

Si precisa che:

- fino a 60 PL è prevista la presenza della figura del medico responsabile a tempo definito (24 ore a 20 PL, 30 ore a 40 PL, 38 ore a 60 PL), oltre i 60 PL un medico full time (38 ore) più un medico a tempo definito ad impegno crescente in funzione del numero dei posti letto (24 ore per 80 PL., 30 ore per 100 PL). A 120 PL sono previsti due medici a tempo pieno di cui uno responsabile.

Ad ottimizzazione delle risorse in strutture plurinucleo con nuclei di livello prestazionale R2D e R3 che non prevedono la presenza infermieristica notturna nel nucleo, l'infermiere del turno notturno del nucleo R2 può svolgere anche la funzione di guardia infermieristica notturna se la struttura non ha una recettività superiore ai 60 p.l.

3) per il livello prestazionale "R2D"

a) Assistenza medica dedicata : 120 minuti/die per nucleo
b) Presenza Infermieristica a copertura delle 12H nel nucleo e 24H nella struttura
c) Assistenza globale dedicata (OTA, OSS, Terapista della riabilitazione, Infermieri) > 140 minuti/die persona di cui assistenza infermieristica dedicata > 36 minuti/die persona.

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi riabilitativi e tutelari oltre al controllo e monitoraggio di condizioni cliniche e di cura della persona, connota il numero e la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza.

A titolo esemplificativo si riporta una tabella con indicato il personale minimo dedicato all'assistenza in rapporto al numero dei posti letto

	min die persona	pers minimo	POSTI LETTO 20	40	60
MEDICO			0,63	0,79	1,00
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	40,00	1,00	2,00	4,00	6,00
PERSONALE INFERMIERISTICO	37,00	6,00	6,00	7,00	9,00
OPERATORE SOCIO SANITARIO	70,00	6,00	7,00	12,00	17,00
Totale complessivo			15,63	23,79	33,00

Si precisa che:

- fino a 60 PL è prevista la presenza della figura del medico responsabile per 24 ore a 20 PL, 30 ore a 40 PL, 38 ore a 60 PL.
- Per strutture superiori a 60 il personale sarà dimensionato in proporzione.

4) per il livello prestazionale "R3"

a) Assistenza medica dedicata: 80 minuti/die per nucleo
b) Presenza Infermieristica a copertura delle 8H nel nucleo e 24H nella struttura
c) Assistenza globale dedicata (OTA, OSS, Terapista della riabilitazione) > 100 minuti/die persona (valore medio) di cui assistenza infermieristica dedicata > 20 minuti/die persona (valore medio).

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi di mobilizzazione e di cura della persona accompagnati da interventi infermieristici legati al controllo e monitoraggio delle condizioni cliniche in relazione allo stato delle patologie di base, connota il numero e la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza.

A titolo esemplificativo si riporta una tabella con indicato il personale minimo dedicato all'assistenza in rapporto al numero dei posti letto

	min die persona	pers minimo	POSTI LETTO 20	40	60	80	100	120
MEDICO			0,5	0,6	0,8	1,0	1,0	1,0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	20,00	1,00	1,0	2,0	3,0	4,0	5,0	6,0
PERSONALE INFERMIERISTICO	30,00	6,00	6,0	6,0	7,5	10,0	12,0	14,5
OPERATORE SOCIO SANITARIO	60,00	6,00	6,0	10,0	14,5	19,5	24,5	29,0
Totale complessivo			13,5	18,6	25,8	34,5	42,5	50,5

Si precisa che:

- fino a 60 PL è prevista la presenza della figura del medico responsabile a tempo definito (18 ore a 20 PL, 24 ore a 40 PL, 30 ore a 60 PL), oltre i 60 PL un medico full time (38 ore).

La R.S.A. deve essere dotata di personale amministrativo nonché di personale da adibire ai servizi generali in rapporto al numero dei posti letto e al sistema organizzativo della struttura. Detto personale può essere anche in comune con altre U.O.

Per ogni ospite deve essere assicurata anche in collaborazione con i servizi distrettuali e la partecipazione del Medico di Medicina Generale:

- la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- la stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- l'istituzione di una cartella personale contenente tutte le informazioni sanitarie e sociali necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata dal personale.

Deve esse predisposto un regolamento interno, da consegnare agli ospiti al momento dell'ingresso, il quale deve contenere oltre alle norme di salvaguardia dei principi organizzativi di cui al punto 0.2.

- la dotazione del personale con le rispettive attribuzioni compiti;
- le norme igienico sanitarie;
- le finalità ed i metodi riabilitativi, l'organizzazione della vita all'interno della struttura con particolare riguardo agli orari dei pasti ed alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- l'indicazione delle modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal S.S.R.;
- l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;
- le modalità di raccolta dei segnali di disservizio.

Presso la R.S.A. deve essere istituito perciò un apposito registro o altro mezzo di rilevazione concordato con l'Azienda U.S.L. nel quale sono riportate le interruzioni, anche temporanee di trattamento o di ospitalità, tali registrazioni devono essere aggiornate dal personale amministrativo e rese disponibili per i controlli di vigilanza.

Deve essere assicurata all'interno della R.S.A. l'accesso alle associazioni di volontariato e la partecipazione alle attività di socializzazione degli ospiti.

In particolare, nelle R.S.A. è costituito un Comitato di partecipazione, valido anche per strutture con nuclei semiresidenziali, che deve essere composto da rappresentanti degli ospiti, delle loro famiglie, delle associazioni di volontariato. Tale organo, disciplinato con atto successivo, ha il compito di raccogliere e valutare le istanze degli ospiti relative ad iniziative intese a promuovere maggiore autonomia e maggiore integrazione degli stessi all'interno delle RSA e, all'esterno, con il tessuto sociale, formulando le conseguenti proposte alla direzione della struttura.

4.1.1.b. RSA AD ALTA INTENSITA' LIVELLO PRESTAZIONALE "R1"

La struttura residenziale ad alta intensità assistenziale di livello prestazionale "R1" è finalizzata al trattamento di pazienti affetti da Stato vegetativo, Stati di minima coscienza, SLA o altre sindromi neurodegenerative in fase avanzata, con necessità di assistenza respiratoria, portatori di tracheostomia, nutrizione artificiale (enterale o parenterale), o comunque confinate a letto e con dipendenza totale per l'alimentazione, il controllo degli sfinteri, l'igiene personale , in fase di stabilizzazione clinica , che abbiano completato i necessari precedenti protocolli riabilitativi ma per problematiche sociali e/o tecnico-organizzative non possono essere assistiti a domicilio.

L'attività di assistenza a questi soggetti è caratterizzata da:

- attività di nursing con fisioterapia al mantenimento delle condizioni già raggiunte all'interno delle UU.OO. ospedaliere e di riabilitazione di provenienza nonché alla prevenzione di ulteriori complicanze da patologie sovrapposte;
- continua sorveglianza medica adeguata allo "status" di ogni singolo paziente da parte di staff medico–specialistico;
- programmazione concordata con l'équipe medico-specialistica, dell'intervento guidato e della collaborazione dei parenti in tutte quelle attività che, con stimoli familiari al paziente, mirino a risvegliare una coscienza reattiva all'ambiente esterno e/o sostengano l'ospite nelle relazioni e nella comunicazione.

4.1.1.b.1. Requisiti Strutturali

Data la peculiarità dei pazienti ospitati e dei livelli di assistenza da garantire vengono assunti oltre ai requisiti generali già indicati al punto 4.1.1.1. i seguenti:

- almeno due posti letto dotati di monitoraggio delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica che possono necessitare per i pazienti di recente trasferiti dalle terapie intensive o per possibili aggravamenti improvvisi;
- un bagno assistito per immersione totale in posizione supina;
- una sala medicazione, attrezzata anche per la piccola chirurgia, dotata di scialitica e stativo.

4.1.1.b.2. Requisiti tecnologici

Oltre ai requisiti di cui al punto 4.1.1.2. devono essere presenti:

- apparecchi per aerosolterapia;
- apparecchi per saturimetria transcutanea;
- broncoaspiratori;
- sollevatori con diversi tipi di imbracature;
- un pesapersone per disabili;
- disponibilità di valutazioni neurofisiopatologiche, urodinamiche, monitoraggio pressorio, e.g.a..

4.1.1.b.3. Requisiti organizzativi

I nuclei di "R1" sono preferibilmente collocati all'interno di strutture polifunzionali con almeno un reparto di post acuzie medica o riabilitativa e sono costituiti da un minimo di 4 p.l. fino ad un massimo di 10 p.l..

A garanzia dell'assistenza sono presenti le figure professionali elencate alle lettere c, d, e, f, g, h, del paragrafo 4.1.1.3. e secondo le specifiche di dotazione ivi indicate per tale livello.

Inoltre l'attività medica dovrà essere obbligatoriamente integrata con l'accesso costante e programmato di fisiatra, anestesista-rianimatore, neurologo.

Dovranno essere anche garantite le consulenze e gli eventuali trattamenti specialistici che si rendessero necessari durante l'ospitalità

4.1.2. R.S.A. IN REGIME DI SEMIRESIDENZIALITÀ

Finalità

Le residenze sanitarie assistenziali organizzano, preferibilmente, anche attività in regime semi-residenziali diretti a persone parzialmente autosufficienti o non autosufficienti.

Tali attività possono essere esercitate:

- all'interno di strutture esclusivamente dedicate ad attività in regime semiresidenziale, con capacità ricettiva massima di 30 pazienti;
- all'interno di strutture di tipo residenziale, secondo una percentuale compresa tra il 10 ed il 20% della capacità ricettiva complessiva (totale posti letto) della struttura medesima.

Le attività in regime semiresidenziale si articolano in un livello prestazionale SR rivolto all'area della non autosufficienza e della fragilità in genere e in un livello prestazionale SRD rivolto all'area dei disturbi cognitivi e comportamentali legati alle sindromi demenziali.

4.1.2.1. Requisiti Strutturali

Devono essere previsti:

- Locali per accertamenti psicodiagnostici.
- In caso di attività di gruppo (gruppo formato da non più di 5 persone), locale palestra non inferiore a 35 mq; per ogni paziente oltre i 5, la superficie deve essere aumentata di almeno 5 mq.
- Cucinetta.
- Locali spogliatoio, con annessi servizi igienici, in comune con altre U.O..
- Locale attività pedagogico–educativa, addestramento professionale, tempo libero, di superficie pari a 3 mq per ospite.
- Spazi di soggiorno – relax, dotati di poltrone reclinabili, di superficie pari a 3 mq per ospite.
- Locale spogliatoio guardaroba.
- Aree verdi attrezzate all'interno del complesso; qualora ciò non sia possibile, le aree verdi attrezzate possono collocarsi anche fuori dalla struttura, nelle vicinanze della stessa, fatta salva comunque la possibilità da parte degli assistiti di accedervi facilmente.

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

- uno spazio per attesa;
- un locale per accoglienza e per attività amministrative;
- un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'equipe;
- spogliatoi del personale;
- servizi igienici distinti per gli utenti attrezzato per la disabilità e per il personale;
- un locale per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici;
- un locale per il deposito del materiale sporco.

Standard dimensionali

Gli standard dimensionali cui riferirsi nella realizzazione delle residenze sono determinati nelle misure che seguono.

Va tenuto presente che gli standard rapportati alle persone sono da considerarsi netti, in quanto fanno riferimento a superfici utili per lo svolgimento delle funzioni specifiche:

a) la superficie totale utile funzionale della strutture è fissata in mq 40/45 per ospite;

b) per gli alloggi:
mq 28 per una persona
mq 38 per due persone
mq 52 per tre persone

a) per le camere (bagno escluso):
mq 12 per una persona
mq 18 per due persone
mq 26 per tre persone
mq 32 per quattro persone

a) le restanti aree di attività e di servizio sono da dimensionarsi nel computo complessivo di 40/45 mq per ospite di cui alla precedente lettera a);

a) nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20% degli standard di riferimento.

4.1.2.2. Requisiti Tecnologici

Per ogni struttura almeno un ambulatorio è attrezzato con un carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo.

Devono essere disponibili i farmaci per il trattamento delle urgenze (adrenalina, cortisonici, antistaminici, diuretici, antiipertensivi, anticonvulsivanti, broncodilatatori, cardiocinetici).

Devono, inoltre, essere presenti attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa.

Presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione.

Devono essere presenti:

- attrezzature per la riabilitazione motoria (letto per fisioterapia, cuscini di gomma piuma, tappeto di gomma piuma, parallele, scala svedese, cyclette, pedaliera, apparecchiature per magnetoterapia – elettrostimolazione - ionoforesi);
- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva (materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, ecc.).
- materiali e strumenti per l'attività ricreativa e di socializzazione.

Sono presenti materiali e strumenti per la terapia occupazionale.

4.1.2.3. Requisiti Organizzativi

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

Per i requisiti organizzativi si fa riferimento al punto 4.1.1.3. e comunque il personale di assistenza dovrà essere commisurato ai livelli prestazionali dei nuclei della R.S.A., con un rapporto minimo non inferiore agli standard assistenziali previsti dalla Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali:

1) per il livello prestazionale SR (regime semiresidenziale dedicato a persone con malattie cronico-degenerative in fase di ampia stabilizzazione ma con forte perdita dell'autonomia fisica)

a) Assistenza globale dedicata (Infermiere, OSS, animatore, terapista occupazionale) > 50 minuti/die persona (valore medio).

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi a ciclo diurno di mobilizzazione e di cura della persona accompagnati da interventi infermieristici legati al controllo e monitoraggio delle condizioni cliniche in relazione allo stato delle patologie di base, connota il numero e la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza:

a) OTA/OSS 1 ogni 5 posti. La presenza di tali figure deve essere adeguata in base alle esigenze individuali evidenziate nel piano individuale di assistenza (PAI). In ogni caso deve essere assicurata la presenza contemporanea di due operatori durante l'effettuazione di prestazioni quali: mobilizzazione, igiene quotidiana, bagno, vestizione, aiuto nell'alimentazione;

b) Educatore Professionale / Terapista occupazionale nel rapporto minimo di 15 ore settimanali ogni 15–20 posti; Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;
c) un infermiere coordinatore con la responsabilità delle attività assistenziali nel rapporto di almeno 18 ore settimanali ogni 20 posti, eventualmente ridotto in modo proporzionale. Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;
d) un infermiere nel rapporto minimo di 6 ore settimanali per 15-20 posti, per assicurare la partecipazione alla definizione dei piani individuali di assistenza e la valutazione della necessità di interventi infermieristici. In aggiunta è prevista la presenza programmata dell'infermiere per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai piani individuali di assistenza; Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;
e) un fisioterapista per assicurare la consulenza agli OSS e la valutazione della necessità di interventi di riattivazione e mantenimento nel caso in cui tale esigenza venga individuata in sede di definizione del PAI. In aggiunta è prevista la presenza programmata del fisioterapista per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai piani individuali di assistenza. Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;

2) per il livello prestazionale SRD (regime semiresidenziale dedicato a persone con malattie cronico degenerative, che presentano contemporaneamente disturbi cognitivi e/o del comportamento che necessitano interventi riabilitativi e/o tutelari)

a) Assistenza globale dedicata (Infermiere, OSS, Psicologo, terapista cognitivo, terapista occupazionale) > 80 minuti/die persona (valore medio).

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi riabilitativi e tutelari a ciclo diurno, oltre al controllo e monitoraggio di condizioni cliniche e di cura della persona, connota il numero e la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza:

a) OTA/OSS 1 ogni 3 posti. In ogni caso deve essere assicurata la presenza contemporanea di due operatori durante l'effettuazione di prestazioni quali: mobilizzazione, igiene quotidiana, bagno, vestizione, aiuto nell'alimentazione;
b) Educatore professionale/Terapista occupazionale nel rapporto minimo di 18 ore settimanali ogni 15-20 posti con competenze specifiche sulle demenze e in materia di stimolazione cognitiva, al fine di predisporre attività mirate per singolo utente o per piccoli gruppi finalizzate a controllare/contenere i disturbi del comportamento; Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;
c) un infermiere coordinatore con la responsabilità delle attività assistenziali nel rapporto di almeno 18 ore settimanali ogni 20 posti, eventualmente ridotto in modo proporzionale. Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;

d) un infermiere nel rapporto minimo di 4 ore settimanali per 15-20 posti, per assicurare la partecipazione alla definizione dei piani individuali di assistenza e la valutazione della necessità di interventi infermieristici. In aggiunta è prevista la presenza programmata dell'infermiere per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai piani individuali di assistenza; Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;
e) un fisioterapista per assicurare la consulenza agli OSS e la valutazione della necessità di interventi di riattivazione e mantenimento nel caso in cui tale esigenza venga individuata in sede di definizione del PAI. In aggiunta è prevista la presenza programmata del fisioterapista per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai piani individuali di assistenza. Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;
f) medico specialista (geriatra o neurologo) per almeno 4 ore settimanali.

4.1.3 RESIDENZE PROTETTE (R.P.)

Le Residenze protette (R.P.) sono strutture sanitarie residenziali socio-sanitarie gestite da soggetti pubblici o privati che erogano prestazioni sanitarie e riabilitative finalizzate all'inserimento sociale e alla prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale. Ospitano, anche in permanenza, persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, affette da patologie croniche e disabilità stabilizzate, che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o di trattamenti riabilitativi intensivi o estensivi.

I principi che ispirano la gestione delle Residenze protette sono quelli di una dimensione "familiare" capace di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali, promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società.

I programmi riabilitativi sono individualizzati e debbono prevedere un respiro temporale adeguato ai bisogni ed alle capacità dei pazienti.

L'ospitalità può essere anche temporanea e programmata per:
- esecuzione di definiti programmi riabilitativi e/o abilitativi,
- riduzione del carico assistenziale della famiglia per brevi e determinati periodi.

Le R.P. possono essere ubicate all'interno di strutture polifunzionali ove sono organizzati:
- servizi socio-sanitari a ciclo diurno diretti a persone parzialmente autosufficienti e non autosufficienti;
- presidi di riabilitazione funzionale a favore di persone portatrici di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali che svolgono riabilitazione estensiva;
- servizi sanitari ambulatoriali aperti alla fruizioni della generalità dei cittadini;
- unità di degenza preferibilmente per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie;
- servizi socio-assistenziali residenziali e non residenziali rivolti ad anziani e/o persone con disabilità.

Destinatari

Le R.P. intervengono nelle aree:

- *senescenza* - riferita a persone anziane con temporanea, totale o prevalente limitazione della propria autosufficienza per patologie cronico-degenerative, garantendo il livello prestazionale "R3";

- *disabilità complessa* - riferita a persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale o mista non assistibili a domicilio e che necessitano di una risposta assistenziale continuativa a carattere residenziale. In relazione al carico assistenziale richiesto dagli ospiti, le R.P per persone con disabilità si articolano in:

Residenze protette per persone con disabilità ad alto-medio carico assistenziale (RD4); qualora la Residenza sia dedicata ad utenza in età evolutiva prende il nome di Residenza protetta per persone con disabilità in età evolutiva (RD3).

Residenze protette per persone con disabilità a basso carico assistenziale (RD5).

Capacità recettiva

La capacità recettiva dei presidi autonomi, se accolgono ospiti dell'area della senescenza, è di massimo 20 p.l.;

Le R.P. per l'area della disabilità complessa hanno una recettività che va da un minimo di 6 posti letto fino a un massimo di 60, in via eccezionale fino a 120 (R.P. derivanti da riconversioni di strutture ex art. 26, L. n. 833/78 di ampie dimensioni); le R.P. sono organizzate in nuclei autonomi di massimo 20 persone.

4.1.3.1 RESIDENZE PROTETTE (R.P.) IN REGIME DI RESIDENZIALITA'

4.1.3.1.1 Requisiti Strutturali

Le residenze protette dell'area della disabilità complessa hanno una capacità recettiva per nucleo da un minimo di 6 posti a un massimo di 20. La struttura è organizzata per tipologie di bisogni assistenziali e per età.

Le residenze protette dell'area della senescenza hanno una capacità recettiva per nucleo da un minimo di 6 posti a un massimo di 12.

Area della residenzialità

Area abitativa

Devono essere previsti:

- Camere da 1,2,3,4; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle carrozzine ove previsto dalla tipologia dell'utenza.
  Le camere (bagno escluso) hanno le seguenti superfici minime:
  12 mq per camera a un letto,
  18 mq per camera a due letti,
  26 mq per camera a tre letti,
  32 mq per camera a quattro letti.

- Servizi igienici adeguati ai pazienti non autosufficienti con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, accesso diretto o immediatamente attiguo alla camera dotato di lavandino, di w.c., bidet, doccia o vasca.

Servizi

- Locale medicheria per la gestione infermieristica dell'utenza, una per nucleo o per piano di degenza;

- Sala da pranzo anche plurinucleo/Locale soggiorno/gioco/ TV/ spazio collettivo;
- Angolo cottura;
- Locale di servizio, bagni e spogliatoi per il personale di assistenza;
- Bagno assistito con idonee attrezzature per le gravi disabilità. almeno 1 per nucleo o piano di degenza;
- Armadi per la biancheria pulita;
- Deposito materiale sporco;
- Area destinata alla valutazione e all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione commisurata al numero degli ospiti;
- Locali per l'attività amministrativa/archivio

Qualora la R.P. sia collocata nell'ambito di complessi sanitari o socio-sanitari polifunzionali è consentita l'utilizzazione di spazi in comune quali quelli corrispondenti all'area di socializzazione e all'area della valutazione e delle terapie. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti dell'intera struttura.

4.1.3.1.2 Requisiti tecnologici

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

Devono essere presenti:
- carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo;
- farmaci per il trattamento delle urgenze;
- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa trattati nella residenza;
- presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione;
- apparecchio elettrostimolatore per muscolatura normale e denervata;
- un sollevatore mobile per piano di degenza con diverse tipologie di imbragature.

La R.P. rende disponibili tutti i presidi necessari ad ospiti non deambulanti e non autosufficienti, compresi quelli antidecubito (letti, materassi, cuscini,...).

4.1.3.1.3 Requisiti Organizzativi

L'organizzazione della R.P. deve garantire all'ospite:

- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose;
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione;
- un ambiente di vita il più possibile simile alla comunità di provenienza per orari e ritmi di vita, nonché la personalizzazione del proprio spazio residenziale;

- la socializzazione all'interno della R.P., anche con l'apporto del volontariato e di altri organismi esterni;
- un intervento globale ed interdisciplinare attuato da operatori qualificati;
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento ovvero delle persone che, al di fuori dei rapporti di parentela intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo.

La R.P. è collegata funzionalmente con i servizi territoriali delle Aziende USL, in particolare quelli facenti capo alle attività sanitarie del distretto, comprendenti anche l'assistenza dei medici di medicina generale.
Inoltre, in relazione alle specifiche patologie degli ospiti, la R.P. è collegata funzionalmente alle vicine strutture ospedaliere, alle strutture specialistiche poliambulatoriali.

Nella R.P. devono essere garantite tutte le prestazioni che concorrono al mantenimento delle capacità residue degli ospiti, ovvero al recupero dell'autonomia in relazione alla condizione patologica.

Nella R.P. in particolare sono garantite:

- prestazioni di medicina generale, specialistiche e di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagini, farmaceutiche e di assistenza protesica con le modalità e i limiti previsti dal SSR per la generalità dei cittadini ai sensi della normativa vigente, anche attraverso i servizi distrettuali ed aziendali;
- prestazioni infermieristiche;
- prestazioni riabilitative;
- consulenza e controllo dietologico;
- prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;
- prestazioni odontoiatriche complete e podologiche alle condizioni e con le modalità previste per la generalità dei cittadini;
- prestazioni di prevenzione della sindrome da immobilizzazione con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto;
- prestazioni di tipo alberghiero comprendenti alloggio, vitto e servizi generali rapportati alle particolari condizioni degli ospiti;
- attività di animazione, occupazionale, ricreativa di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine;
- prestazioni per la cura personale (barbiere, parrucchiere e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- l'assistenza religiosa e spirituale favorendo la presenza di diversi assistenti religiosi a seconda della confessione degli ospiti.

Qualora la R.P. sia dedicata a persone con disabilità in età evolutiva, oltre alle prestazioni riabilitative, sono erogate anche prestazioni psico-educative e didattico-formative.

Le prestazioni confluiscono nel progetto riabilitativo di cui ogni ospite della R.P. è titolare; il progetto riabilitativo è organizzato sulla centralità della persona, favorendo le autonomie e la partecipazione alla vita familiare e sociale, utilizzando anche le risorse del contesto territoriale in cui è ubicata la R.P., al fine di garantire la migliore qualità di vita possibile dell'ospite.

La Direzione della R.P. è affidata al Medico Responsabile, in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza o della disabilità prevalente (geriatra, fisiatra o altro specialista), o con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore e con responsabilità dell'assistenza sanitaria e delle condizioni psicofisiche degli ospiti.

La R.P. "senescenza", con livello prestazionale "R3" deve essere dotata di operatori per nucleo con un rapporto minimo non inferiore agli standard assistenziali previsti dalla Commissione Ministeriale per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Residenziali e Semiresidenziali, già specificato al punto 4.1.1.3.

La R.P. "disabilità complessa" deve essere dotata di medico responsabile, medici specialisti, infermieri professionali, tecnici laureati, terapisti della riabilitazione, educatori professionali e operatori socio-sanitari o figure equivalenti; detto personale è presente con un rapporto paziente/operatore secondo le fasce di carico assistenziale di seguito indicate per 60 pazienti:

Tipologia	Medico Responsabile	Medico specialista	Infermiere professionale	DAI	Tecnico laureato	Terapista riabilitazione/Educatore professionale	Operatori Socio-Sanitari o figure equivalenti	Rapporto
Residenza protetta ad alto-medio carico assistenziale (RD4)	36 ore	24 ore	6 a 36 ore	0	18 ore	6 a 36 ore	18 a 36 ore	2,2 pazienti/1 operatore
Residenza protetta a basso carico assistenziale (RD5)	30 ore	10 ore	5 a 36 ore	0	0	3 a 36 ore	16 a 36 ore	2,8 pazienti/1 operatore

In caso di R.P. dedicate a minori con disabilità complessa, le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l'età evolutiva. E' indispensabile il medico specialista in Neuropsichiatria Infantile.

Per ogni ospite deve essere assicurata, anche in collaborazione con i servizi distrettuali:

- la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- la stesura di un progetto individuale (annuale) che, deve essere redatto avendo come riferimento, per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali, il modello bio-bsico-sociale. Nel progetto è contenuta la valutazione multidimensionale e sono esplicitate le risorse, i tempi e le modalità per la sua realizzazione; il progetto può essere modificato in caso di eventi acuti che indichino un diverso percorso riabilitativo;
- l'istituzione di una cartella clinica personale contenente tutte le informazioni sanitarie e sociali necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata; in cartella sono presenti gli strumenti standardizzati di valutazione utilizzati (periodicamente aggiornati) e sono registrate le eventuali assenze dell'utente dalla residenza; in cartella è presente, altresì, la scheda infermieristica.

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

- la dotazione del personale con le rispettive attribuzioni/compiti;
- le norme igienico sanitarie;
- le finalità ed i metodi riabilitativi,
- l'organizzazione della vita all'interno della struttura con particolare riguardo agli orari dei pasti ed alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- l'indicazione delle modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal S.S.R.;
- le modalità di raccolta dei segnali di disservizio.

Nelle R.P. è costituito un Comitato di partecipazione, valido anche per strutture con nuclei semiresidenziali, che deve essere composto da rappresentanti degli ospiti, delle loro famiglie, delle associazioni di volontariato. Tale organo, disciplinato con atto successivo, ha il compito di raccogliere e valutare le istanze degli ospiti relative ad iniziative intese a promuovere maggiore autonomia e maggiore integrazione degli stessi all'interno della R.P e, all'esterno, con il tessuto sociale, formulando le conseguenti proposte alla direzione della struttura.

Le R.P. "senescenza" assolvono al debito informativo nei confronti della Regione attraverso l'adesione al Sistema Informativo RSA, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

Le R.P. "disabilità complessa" assolvono al debito informativo nei confronti della Regione attraverso l'adesione al Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

4.1.4. *CENTRI SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON DISABILITA'*

I Centri semiresidenziali per persone con disabilità sono strutture sanitarie semiresidenziali socio-sanitarie gestite da soggetti pubblici o privati che erogano prestazioni sanitarie, riabilitative finalizzate al recupero funzionale e alla prevenzione dell'aggravamento e all' inserimento sociale, nei confronti di persone con disabilità complessa fisica, psichica, sensoriale o mista dipendenti da qualunque causa.

I principi che ispirano la gestione dei Centri semiresidenziali sono quelli di una dimensione *"familiare"* capace di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali, promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società.

I programmi riabilitativi sono individualizzati e debbono prevedere un respiro temporale adeguato ai bisogni ed alle capacità dei pazienti.

La frequenza può essere anche temporanea e programmata per:
- realizzazione di definiti programmi riabilitativi

- riduzione del carico assistenziale della famiglia per brevi e determinati periodi.

L'attività dei Centri semiresidenziali può essere svolta in strutture autonome ovvero inserita all'interno di strutture residenziali.

Destinatari

I Centri semiresidenziali intervengono nell'area della disabilità complessa riferita a persone con disabilità fisica psichica, sensoriale o mista che necessitano di una risposta assistenziale continuativa a carattere non residenziale. In relazione al carico assistenziale richiesto dagli ospiti, i Centri semiresidenziali si articolano in:

Centri semiresidenziali per persone con disabilità ad alto-medio carico assistenziale (SD4); qualora il Centro sia dedicato ai minori con disabilità prende il nome di Centro semiresidenziale per persone con disabilità in età evolutiva (SD3).

Centri semiresidenziali per persone con disabilità a basso carico assistenziale (SD5)

4.1.4.1. Requisiti strutturali

Il Centro semiresidenziale deve essere dotato di:

- Locali per accertamenti psicodiagnostici e per visite mediche;
- In caso di attività di gruppo (formato da non più di 5 persone), locale palestra non inferiore a 35 mq; per ogni paziente oltre i 5, la superficie deve essere aumentata di almeno 5 mq.
- Cucinetta.
- Locali spogliatoio, con annessi servizi igienici, in comune con altre U.O.
- Locale attività pedagogico–educativa, addestramento professionale, tempo libero, di superficie pari a 3 mq per ospite.
- Spazi di soggiorno – relax, dotati di poltrone reclinabili, di superficie pari a 3 mq per ospite.
- Locale per il pranzo dei pazienti;
- Locale spogliatoio guardaroba.

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

- uno spazio per attesa;
- un locale per accoglienza e per attività amministrative/archivio;
- un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'équipe;
- spogliatoi e bagni riservati al personale;

- aree verdi attrezzate all'interno del complesso; qualora ciò non sia possibile, le aree verdi attrezzate possono collocarsi anche fuori dalla struttura, nelle vicinanze della stessa, fatta salva comunque la possibilità da parte degli assistiti di accedervi facilmente;
- servizi igienici distinti per gli utenti attrezzato per la disabilità e per il personale;
- un locale per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici;
- un locale deposito del materiale sporco.

4.1.4.2. Requisiti tecnologici

Nel Centro semiresidenziale devono essere presenti:

- carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo;
- farmaci per il trattamento delle urgenze;
- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa
- presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione
- attrezzature per la riabilitazione motoria (letti per fisioterapia, cuscini di gomma piuma, tappeto di gomma piuma, parallele, …);
- apparecchi elettrostimolatori per la muscolatura normale e denervata;
- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva (materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, ecc.)
- materiali e strumenti per la terapia occupazionale.

Il Centro rende disponibili tutti i presidi necessari ad ospiti non deambulanti e non autosufficienti.

4.1.4.3 Requisiti Organizzativi

L'organizzazione dei Centri semiresidenziali deve garantire all'ospite:

- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose;
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione;
- la socializzazione all'interno del Centro, anche con l'apporto del volontariato e di altri organismi esterni;
- un intervento globale ed interdisciplinare attuato da operatori qualificati;
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento ovvero delle persone che, al di fuori dei rapporti di parentela intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo.

Nel Centro semiresidenziale devono essere garantite tutte le prestazioni che concorrono al mantenimento delle capacità residue degli ospiti, ovvero al recupero dell'autonomia in relazione

alla condizione patologica. Qualora il Centro semiresidenziale sia dedicato a persone con disabilità in età evolutiva, oltre alle prestazioni riabilitative, sono erogate anche prestazioni psico-educative e didattico-formative.

I servizi riabilitativi sono organizzati sulla centralità della persona, favorendo le autonomie e la partecipazione alla vita familiare e sociale, utilizzando anche le risorse del contesto territoriale in cui è ubicato il Centro, al fine di garantire la migliore qualità di vita possibile dell'utente.

La Direzione del Centro è affidata al Medico Responsabile specialista nella disciplina della disabilità prevalente o con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore.

Il Centro deve essere dotato di medico responsabile, medici specialisti, infermieri, tecnici laureati, terapisti della riabilitazione, educatori professionali e operatori socio-sanitari o figure equivalenti; detto personale è presente con un rapporto paziente/operatore secondo le fasce di carico assistenziale di seguito indicate per 60 pazienti

Tipologia	Medico Responsabile	Medico specialista	Infermiere professionale	DAI	Tecnico laureato	Terapista riabilitazione/ Educatore professionale	Operatori Socio-Sanitari o figure equivalenti	Rapport
Centro semiresidenziale ad alto-medio carico assistenziale (SD4)	36 ore	18 ore	2 a 36 ore	0	20 ore	5 a 36 ore	6 a 36 ore	4 pazienti/1 operatore
Centro semir a basso carico ass, (SD5)	24 ore	18 ore	1 a 36 ore	0	20 ore	4 a 36 ore	6 a 36 ore	5 pazienti/1 operatore

In caso di Centro semiresidenziale dedicato a minori con disabilità complessa, le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l'età evolutiva. E' indispensabile il medico specialista in Neuropsichiatria Infantile.

Per ogni ospite deve essere assicurata, anche in collaborazione con i servizi distrettuali:

- la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali al momento dell'ammissione e periodicamente;
- la stesura di un progetto individuale annuale che deve essere redatto avendo come riferimento per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali, il modello bio-psico-sociale. Nel progetto è contenuta la valutazione multidimensionale e sono esplicitate le risorse, i tempi e le modalità di realizzazione;

- l'istituzione di una cartella clinica personale contenente tutte le informazioni sanitarie e sociali necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata; in cartella sono presenti gli strumenti standardizzati di valutazione utilizzati che devono essere periodicamente aggiornati; nella cartella sono registrate le presenze dell'utente.

Deve essere predisposto un regolamento interno, da consegnare agli ospiti al momento dell'ingresso, il quale deve contenere oltre alle norme di salvaguardia dei principi organizzativi:

- la dotazione del personale con le rispettive attribuzioni/compiti;
- le norme igienico sanitarie;
- le finalità ed i metodi riabilitativi, l'organizzazione delle attività all'interno della struttura;
- l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;
- le modalità di raccolta dei segnali di disservizio.

I Centri semiresidenziali assolvono al debito informativo nei confronti della Regione attraverso l'adesione al Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

4.2. PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE A FAVORE DI PERSONE PORTATRICI DI DISABILITÀ FISICHE PSICHICHE E SENSORIALI

Si definiscono Presidi di riabilitazione extra ospedaliera le strutture che erogano prestazioni a ciclo diurno o continuativo, che provvedono al recupero funzionale e sociale di persone con

disabilità complessa fisica, psichica, sensoriale o miste dipendenti da qualunque causa, come già definita nell'articolo 26 della L. n. 833/78.

I principi che ispirano la gestione delle microstrutture sono quelli di una dimensione "familiare" capace di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali, promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società.

I programmi riabilitativi sono individualizzati e debbono prevedere un respiro temporale adeguato ai bisogni ed alle capacità dei pazienti.

4.2.1. PRESIDI DI RIABILITAZIONE IN REGIME RESIDENZIALE

4.2.1.1. Requisiti Strutturali

La capacità recettiva minima è di 6 posti, mentre quella massima ammonta a 80 posti.

La struttura è articolata in nuclei di minimo 6 e massimo 20 persone.

Area della residenzialità

Area abitativa

Devono essere previsti:

- Camere da 1,2,3,4, letti; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle carrozzine.
- Servizi igienici adeguati ai pazienti non autosufficienti a servizio di almeno un terzo dei posti letto, con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, accesso diretto o immediatamente attiguo alla camera, dotato di lavandino, wc, doccia e, laddove possibile, bidet.
- Servizi di nucleo (ogni 10-20 ospiti).
- Locale soggiorno/ gioco/ TV/ spazio collettivo.
- Angolo cottura.
- Sala da pranzo anche plurinucleo.
- Locale di servizio per il personale di assistenza con annessi servizi igienici.
- Bagno assistito (è consentita l'installazione di docce per persone disabili in luogo delle vasche ospedaliere; in tal caso dovranno essere garantiti spazi idonei a consentire le manovre al personale di assistenza. Il bagno assistito non è richiesto qualora tutte le camere del nucleo siano fornite di bagno autonomo attrezzato per la non autosufficienza).
- Armadi per la biancheria pulita.

- Locale deposito materiale sporco con vuotatoio e lavapadelle (anche articolato per piano).
- Locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo etc.(anche articolato per piano).

Area destinata alla valutazione ed alle terapie

Devono essere previsti:

- Locali e attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche.
- Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione.
- Locali e palestra con attrezzature per le specifiche attività riabilitative previste, anche in comune con altre U.O..
- Locali per le attività occupazionali.

Area della socializzazione

Devono essere presenti:

- Servizi per l'assistenza religiosa e relativi locali.
- Angolo bar, anche in comune con altre U.O. (in alternativa distributori automatici di alimenti e bevande).
- Sale e soggiorni polivalenti.
- Locali per servizi all'ospite (barbiere, parrucchiere, podologo).
- Aree verdi attrezzate all'interno del complesso; qualora ciò non sia possibile, le aree verdi attrezzate possono collocarsi anche fuori dalla struttura, nelle vicinanze della stessa, fatta salva comunque la possibilità da parte degli assistiti di accedervi facilmente.
- Servizi igienici.

Aree generali e di supporto

Devono essere previsti:

- Ingresso con portineria, posta, telefono.
- Uffici amministrativi.
- Cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo sporzionamento).
- Lavanderia e stireria (se il servizio è appaltato all'esterno locali per lo stoccaggio).
- Magazzini.

- Spogliatoi per il personale con annessi servizi igienici.
- Camera mortuaria con sala dolenti.
- Depositi pulito e sporco.
- Medicheria per l'attività infermieristica

Tutti i corridoi le scale ed i locali di passaggio devono essere forniti di corrimano.

Qualora la struttura sia collocata nell'ambito di complessi sanitari o socio - sanitari polifunzionali, è consentita l'utilizzazione di spazi in comune quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto, all'area di socializzazione e all'area della valutazione e delle terapie. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

Standard dimensionali

Gli standard dimensionali cui riferirsi nella realizzazione dei presidi sono determinati nelle misure che seguono.
Va tenuto presente che gli standard rapportati alle persone sono da considerarsi netti, in quanto fanno riferimento a superfici utili per lo svolgimento delle funzioni specifiche:

a) la superficie totale utile funzionale della strutture è fissata in mq 40/45 per ospite;

b)per gli alloggi:
mq 28 per una persona
mq 38 per due persone
mq 52 per tre persone

c)per le camere (bagno escluso):
mq 12 per una persona
mq 18 per due persone
mq 26 per tre persone
mq 32 per quattro persone

d)le restanti aree di attività e di servizio sono da dimensionarsi nel computo complessivo di 40/45 mq per ospite di cui alla precedente lettera a);
e)nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20% degli standard di riferimento.

Requisiti Strutturali per le microstrutture (6-12 posti)

- Per strutture fino a 12 posti letto, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantiscano sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.
- Collocazione in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.

- Nel caso in cui la riabilitazione in microcomunità rappresenti una delle tipologie di offerta riabilitativa che preveda l'erogazione degli interventi in regime residenziale, e/o semiresidenziale, e/o ambulatoriale la sede operativa può essere collocata all'interno della struttura di offerta di detti servizi.
- Deve essere prevista una sede operativa autonoma nel caso in cui l'attività riabilitativa in micro-comunità venga svolta in maniera esclusiva.

- La dotazione minima di ambienti della sede operativa è il seguente:

  Uno spazio per l'attesa

  Un locale per accoglienza e per attività amministrative

  Un locale adibito alla Direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'équipe

  Servizi igienici distinti per utenti e per il personale

  Spazio per i materiali d'uso, strumentazione e dispositivi medici

  Raccoglitori per il materiale sporco con eventuale raccolta rifiuti speciali, se necessaria.

Gli spazi debbono essere privi di barriere a meno che l'autorizzazione della struttura non preveda l'esplicita esclusione dei disabili fisici dai possibili utenti.

4.2.1.2. Requisiti Tecnologici ed impiantistici

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

Per ogni struttura almeno un ambulatorio è attrezzato con un carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo.

Devono essere disponibili i farmaci per il trattamento delle urgenze (adrenalina, cortisonici, antistaminici, diuretici, antiipertensivi, anticonvulsivanti, broncodilatatori, cardiocinetici).

Devono essere presenti:

- attrezzature per la riabilitazione motoria (letti per fisioterapia, sgabelli, cuscini di gomma piuma, tappeto di gomma piuma, parallele…);
- apparecchio elettrostimolatore per muscolatura normale e denervata;
- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva (materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, etc.);
- materiali e strumenti per la terapia occupazionale;

La struttura rende disponibili tutti i presidi necessari ad ospiti non deambulanti e non autosufficienti, compresi quelli antidecubito (letti, materassi, cuscini, sollevatori…).

In caso di strutture a più piani, impianti elevatori tra cui almeno un montalettighe idoneo per le persone con disabilità.

Requisiti tecnologici per le microcomunità (6-12):
- carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo
- farmaci per il trattamento delle urgenze
- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa
- presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione.

4.2.1.3. Requisiti Organizzativi

La direzione è affidata ad un medico in possesso di specializzazione correlata alla disabilità trattata ovvero possedere un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nel settore.

Il direttore responsabile può assumere la direzione dell'attività semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare, nel caso in cui tutti i tipi d'intervento rappresentino le diverse tipologie di offerta assistenziale nella medesima struttura. In questo caso per ogni regine assistenziale è previsto il medico responsabile.

Il Direttore responsabile:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature degli impianti;
- vigila sulla puntuale osservanza delle norme igienico sanitarie, sulla efficienza e sicurezza dello strumentario e dei locali, sulla validità e corretta applicazione delle metodologie in uso;
- coordina il lavoro del personale operante nella struttura;
- è responsabile della registrazione delle cartelle cliniche degli utenti;
- provvede all'aggiornamento delle metodiche;
- è responsabile delle segnalazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente e del rispetto delle norme di sicurezza nei confronti del personale e degli utenti.

In caso di assenza o di impedimento del direttore responsabile le sue funzioni vengono temporaneamente svolte da un altro medico con specializzazioni previste per la direzione tecnica o in mancanza di un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nel settore.

Il Presidio deve essere dotato di una équipe pluridisciplinare composta da:

- fisiatra o disciplina equipollente, Neurologo o disciplina equipollente ed inoltre, per le attività rivolte all'età evolutiva, Neuropsichiatria infantile o disciplina equipollente;
- psicologo;

- professionisti sanitari della riabilitazione (Fisioterapisti, TdR, terapisti della neuro psicomotricità dell'età evolutiva, Logopedisti, Terapisti occupazionali, Educatori professionali);
- assistente sociale;
- responsabile personale infermieristico;
- infermieri;
- consulenti (Medici specialisti o altre professioni sanitarie)

I dirigenti di area infermieristica, gli infermieri e i professionisti sanitari della riabilitazione possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia dei pazienti presenti nella struttura a condizione che il rapporto pazienti/operatore sia rigidamente rispettato; di seguito è riportato detto rapporto per modalità di erogazione del progetto riabilitativo e impegno per 60 pazienti:

Residenziale estensivo elevato	2 pazienti/ 1 operatore
Residenziale mantenimento elevato	2,2 pazienti/ 1 operatore
Residenziale mantenimento medio	2,5 pazienti/ 1 operatore

Tutto il personale è in possesso delle necessarie qualificazioni professionali.

Sono programmate ed effettuate regolarmente riunioni di équipe e aggiornamento periodico.

Per ogni paziente deve essere redatto un progetto riabilitativo avendo come riferimento per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali, il modello bio-psico-sociale. Nel progetto è contenuta la valutazione multidimensionale e sono esplicitate le risorse, i tempi e le modalità di realizzazione.

Deve essere:
- utilizzata una cartella individuale che contenga i dati relativi al paziente (anagrafici, data inizio programma, operatori di riferimento, diagnosi) gli strumenti di valutazione utilizzati, il piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazione della chiusura del programma;
- assicurato un sistema di archiviazione delle cartelle che consenta un rapido accesso ai dati.

Le attività riabilitative sono caratterizzate da modalità di lavoro di équipe.

E' garantita la globale presa in carico per tutto l'iter terapeutico previsto.

E' garantita alla famiglia una adeguata informazione e partecipazione nonché specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita.

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

4.2.2. PRESIDI DI RIABILITAZIONE IN REGIME SEMIRESIDENZIALE

L'attività di riabilitazione a ciclo diurno può essere svolta in strutture autonome ovvero inserita all'interno di strutture residenziali.

4.2.2.1. Requisiti Strutturali

Devono essere previsti:

- Locali per accertamenti psicodiagnostici.
- In caso di attività di gruppo (gruppo formato da non più di 5 persone), locale palestra non inferiore a 35 mq; per ogni paziente oltre i 5, la superficie deve essere aumentata di almeno 5 mq.
- Cucinetta.
- Locali spogliatoio, con annessi servizi igienici, in comune con altre U.O.
- Locale attività pedagogico–educativa, addestramento professionale, tempo libero, di superficie pari a 3 mq per ospite.
- Spazi di soggiorno – relax, dotati di poltrone reclinabili, di superficie pari a 3 mq per ospite.
- Locale spogliatoio guardaroba.

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

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

Requisiti Strutturali per le microstrutture (6-12 posti)

- Per strutture fino a 12 posti, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantiscano sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.
- Collocazione in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.
- Nel caso in cui la riabilitazione in micro-comunità rappresenti una delle tipologie di offerta riabilitativa che preveda l'erogazione degli interventi in regime residenziale, e/o semiresidenziale, e/o ambulatoriale la sede operativa può essere collocata all'interno della struttura di offerta di detti servizi.
- Deve essere prevista una sede operativa autonoma nel caso in cui l'attività riabilitativa in micro-comunità venga svolta in maniera esclusiva.

- La dotazione minima di ambienti della sede operativa è il seguente:

  Uno spazio per l'attesa

  Un locale adibito alla Direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'équipe e per le attività amministrative

  Servizi igienici distinti per utenti e per il personale

  Spazio per i materiali d'uso, strumentazione e dispositivi medici

  Raccoglitori per il materiale sporco con eventuale raccolta rifiuti speciali, se necessaria.

Gli spazi debbono essere privi di barriere a meno che l'autorizzazione della struttura non preveda l'esplicita esclusione dei disabili fisici dai possibili utenti.

4.2.2.2. Requisiti Tecnologici

Per ogni struttura almeno un ambulatorio è attrezzato con un carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo.

Devono essere disponibili i farmaci per il trattamento delle urgenze (adrenalina, cortisonici, antistaminici, diuretici, antiipertensivi, anticonvulsivanti, broncodilatatori, cardiocinetici).
Attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa.

Presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione.

Devono essere presenti:

- attrezzature per la riabilitazione motoria (letto per fisioterapia, cuscini di gomma piuma, tappeto di gomma piuma,...);
- apparecchi elettrostimolatori per la muscolatura normale e denervata;

- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva (materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, ecc.)
- materiali e strumenti per la terapia occupazionale.

Requisiti tecnologici per microcomunità (6-12 posti)

- carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo
- farmaci per il trattamento delle urgenze
- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa
- presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione

4.2.2.3. Requisiti Organizzativi

L'orario di apertura non è inferiore a 36 ore settimanali, da suddividere in 5 o 6 giorni.
La durata di permanenza presso la struttura di ciascun ospite non può essere inferiore a 6 ore, comprensive della colazione e del pasto.

Per i requisiti organizzativi si fa riferimento al punto 4.2.1.3, salvo per quanto di seguito indicato:

Le figure professionali dell'équipe possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia dei pazienti presenti nella struttura a condizione che il rapporto pazienti/operatore sia rigidamente rispettato; di seguito è riportato detto rapporto per modalità di erogazione del progetto riabilitativo e impegno, per 60 pazienti:

Semiresidenziale estensivo elevato	2,6 pazienti/ 1 operatore
Semiresidenziale estensivo medio	3,6 pazienti/ 1 operatore
Semiresidenziale mantenimento elevato	3,8 pazienti/ 1 operatore
Semiresidenziale mantenimento medio	4,4 pazienti/ 1 operatore

4.3. STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

Definizioni

Le Strutture Residenziali Psichiatriche sono così suddivise:

- Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT). Destinate prioritariamente alla cura di persone per le quali al momento della dimissione da SPDC sia ritenuto necessario il proseguimento del trattamento in un contesto a minore – seppure ancora elevata – complessità assistenziale; inoltre sono destinate anche al trattamento di persone le cui condizioni configurano quadri la cui gravità richiede comunque un trattamento territoriale intensivo ad alta complessità assistenziale su indicazione e autorizzazione del DSM.

- Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative (S.R.T.R.) (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Comunità Terapeutico-Riabilitative): strutture sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario globale– psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale- di pazienti preferibilmente giovani e agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie, non trattabili a domicilio, che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero e che necessitano di una temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiana alternativo a quello abituale. Le S.R.T.R., quali mediatori della relazione terapeutica, hanno la finalità di far superare la fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie e di favorire l'acquisizione di soddisfacenti capacità relazionali e di adeguati livelli di autonomia personale. Le S.R.T.R. garantiscono un'assistenza 24 ore/24 e si suddividono in:

  - **S.R.T.R. per trattamenti comunitari intensivi**: strutture per pazienti con disturbi in fase di acuzie e post-acuzie, che richiedono interventi intensivi relazionali, farmacologici e psicoterapeutici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 60 giorni.
  - **S.R.T.R. per trattamenti comunitari estensivi**: strutture per pazienti con disturbi in fase di sub-acuzie, che richiedono interventi relazionali, psicoterapeutici e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 2 anni e successivo reinserimento nell'abituale contesto di vita o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio-riabilitativa o socio-assistenziale (LR n.41/03).

- Strutture Residenziali Socio-Riabilitative (S.R.S.R.): strutture socio-sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario riabilitativo e il reinserimento sociale di pazienti adulti con un processo di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti, non trattabili a domicilio o in strutture socio-assistenziali, che necessitano di periodi di ospitalità di medio-lungo termine in un contesto comunitario o alloggiativo familiare a diversi livelli di assistenza. Le S.R.S.R., quali mediatori della "restituzione sociale", hanno la finalità di favorire l'acquisizione della maggiore autonomia possibile per consentire l'uscita dall'ambito dell'assistenza psichiatrica e il possibile reinserimento sociale, attraverso il rientro in famiglia, o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o l'inserimento in

strutture socio-assistenziali, o il passaggio in strutture della stessa tipologia ma con minore livello di intensità di protezione assistenziale socio-sanitaria. Le S.R.S.R. si suddividono in:

- **S.R.S.R. a elevata intensità assistenziale socio-sanitaria (24 ore/24)** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per comunità riabilitative-residenziali): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria continuativa nelle 24 ore.
- **S.R.S.R. a media intensità assistenziale socio-sanitaria (12 ore/24)** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Comunità di Convivenza e Comunità Alloggio): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con livelli di autonomia quotidiana tali da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria nelle sole 12 ore diurne. Il percorso socio-riabilitativo e la permanenza in queste strutture devono essere orientati verso un'ulteriore possibile diminuzione dell'assistenza e verso l'acquisizione delle autonomie necessarie per uscire dall'ambito assistenziale psichiatrico.
- **S.R.S.R. a bassa intensità assistenziale socio-sanitaria con presenza di personale per fasce orarie** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Gruppi Appartamento): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con sufficienti livelli di autonomia tali da richiedere un supporto sociale e riabilitativo solo per una parte della giornata da parte di figure professionali con funzioni di sostegno e di supporto alla gestione della vita quotidiana.

Finalità e Destinatari

Le Strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali esplicano funzioni diagnostico-terapeutiche per il trattamento di persone che presentano disturbi psichiatrici la cui rilevanza richiede ambiti di accoglienza ad elevata intensità assistenziale. L'accesso è su base volontaria e tramite autorizzazione del DSM. Tali strutture devono garantire la necessaria continuità assistenziale per gli utenti provenienti da SPDC e per quelli provenienti dal territorio, attraverso una continua collaborazione e il pieno collegamento con le strutture del DSM di provenienza, ovvero di pertinenza territoriale per la presa in carico.

Le rimanenti strutture residenziali psichiatriche esplicano le funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica – anche laddove provengano dal circuito penale o siano sottoposti a provvedimenti giudiziari – tranne quelle strutture residenziali specificatamente dedicate a pazienti che presentino una comorbidità per disturbi psichiatrici e per dipendenza/abuso da sostanze psicotrope.

Agli ospiti delle strutture residenziali psichiatriche devono essere garantiti:
- Un ambiente il più possibile simile, per orari e ritmi della vita quotidiana, ad un contesto di vita familiare ed un clima emotivo favorente la convivenza comunitaria;
- La continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie;
- La socializzazione all'interno e all'esterno della struttura anche con l'apporto di organizzazioni di partecipazione e di volontariato;

- La partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e/o il coinvolgimento delle persone che, al di fuori del rapporto di parentela, intrattengono con l'ospite relazioni di carattere affettivo, fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie;
- Il collegamento con le strutture del DSM del territorio su cui insiste la struttura residenziale psichiatrica e il collegamento con le strutture del DSM di provenienza, ovvero di pertinenza territoriale per la presa in carico.

4.3.1 Requisiti Strutturali

Le strutture per i **Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali** devono essere in possesso di quanto segue:

L'area di ospitalità notturna deve possedere i seguenti requisiti:

- le camere devono ospitare al massimo 4 posti letto. Deve essere previsto almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto. Nelle nuove costruzioni le camere di degenza devono ospitare al massimo 2 posti letto ed avere il servizio igienico direttamente accessibile dalla camera;
- la struttura deve disporre di almeno 2 camere ad un letto ;
- la superficie delle camere di ospitalità notturna deve essere di almeno 9mq/p.l; per le camere multiple nel computo della superficie si considerano, oltre al locale di ospitalità notturna, i locali accessori direttamente accessibili dalla camera (WC, antibagno) rispettando comunque per il locale di ospitalità notturna la dimensione minima di 7 mq/p.l.

Per le camere di ospitalità notturna multiple delle strutture sanitarie esistenti, la capacita ricettiva è validata in deroga ai previsti 9 mq/p.l. a condizione che sia rispettato lo standard dimensionale di 7 mq/p.l. utili per la camera e la disponibilità di un adeguato servizio igienico interno alla camera stessa.

La dotazione minima di ambienti di supporto è la seguente:

- un locale per visita e medicazioni;
- uno spazio per il dirigente infermiere con funzioni di coordinamento;
- un locale per medici (ad uso del medico di guardia nei turni previsti);
- uno locale/spazio per soggiorno ed uno spazio locale per ristorazione;
- un locale/spazio per il deposito del materiale pulito;
- un locale/spazio in ogni piano ove sono ubicate le camere di ospitalità notturna, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle;
- servizi igienici per il personale;
- una cucinetta di reparto;
- un bagno assistito;
- locali specifici per colloqui/psicoterapie e locali soggiorno e spazi per le attività comuni, in relazione al numero dei posti letto. La struttura di ricovero garantisce nel presidio o in presidi

ad essa collegati tutte le prestazioni e le procedure diagnostiche e strumentali necessarie per l'appropriato trattamento e processo terapeutico.

Il servizio di diagnostica per immagini (radiologia) può essere effettuato mediante apparecchiature radiologiche portatili e le prestazioni di laboratorio di analisi possono acquisite anche da strutture esterne al presidio.

Le rimanenti Strutture Residenziali Psichiatriche devono essere in possesso di quanto segue:

- Collocazione possibilmente in normale contesto residenziale urbano e/o facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici, in modo da agevolare i processi di socializzazione.
- Numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione assistita, con possibilità di spazi collettivi con funzioni polivalenti, fatto salvo lo spazio dedicato alla custodia del farmaci.
- Numero massimo di posti 20.
- Per le strutture fino a 10 posti di ospitalità, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantiscano sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.
- Per le strutture oltre i 10 posti di ospitalità, i requisiti di cui all'all. "A" del D.P.C.M. 22 dicembre 1989, limitatamente ai criteri n.5, n.7, n.9, lettere a) e b), lettera f) in relazione alle dimensioni della struttura, e n.10. Per le aree di attività e di servizio di cui alla lettera c) punto 10, possono essere computate aree esterne attrezzate per finalità terapeutico-riabilitative sino al 30% del computo complessivo. Possono essere concesse deroghe relativamente al servizio di preparazione dei pasti e di ristorazione interna per gli ospiti, se l'attività rientra nei programmi riabilitativi e condotta a dimensione familiare.
- I requisiti strutturali per l'adeguamento delle attuali strutture relativamente agli spazi comuni verranno considerati rispetto alle tipologie assistenziali e non alle loro sottospecie, ovvero le SRTR, sia intensive che estensive, e le SRSR, sia h24 che h12, ferma restando l'individuazione di nuclei operativi separati con specifico personale dedicato; in particolare si precisa che sul piano strutturale la differenziazione all'interno delle strutture terapeutico – riabilitative e all'interno delle strutture socio riabilitative può riguardare esclusivamente gli ambienti destinati a ospitare i pazienti e gli ambienti destinati a specifici trattamenti (es. colloqui, psicoterapia ecc.), mentre gli spazi per la ristorazione, tempo libero e dei servizi in generale, esclusi i servizi igienici e quelli destinati alla custodia, conservazione e somministrazione farmaci, possono essere messi in comune.

4.3.2. Requisiti Impiantistici Tecnologici

Le strutture per i **Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali** devono essere in possesso di quanto segue:

Nelle camere di ospitalità notturna, la temperatura non deve essere inferiore a 20° nella stagione invernale e non deve essere superiore a 28° nella stagione estiva con impianto di aria condizionata

L'area di ospitalità notturna dispone dei seguenti impianti:

- un impianto illuminazione di emergenza nelle camere e nei bagni;

- un impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa;

Deve inoltre disporre della seguente dotazione minima strumentale:

- carrello per la gestione dell'emergenza completo di defibrillatore semiautomatico e unità di ventilazione normale;
- un armadio farmaceutico;
- carrello per la gestione terapia;
- carrello per la gestione delle medicazioni;

4.3.3 Requisiti Organizzativi

Deve essere assicurata:

- **Per le Strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (30 posti di ospitalità)** la dotazione minima di personale per una struttura STPIT:

Medici psichiatri (responsabili)	1 a prescindere dal numero di posti letto
Medici psichiatri (ulteriori)	3 ogni 30 posti letto (per garantire continuità presenza tutti i giorni) salvo la notte
Servizio di guardia	84 ore (pari a 2 unità full time) per garantire la guardia 12h notturna
Psicologi	2 ogni 30 posti letto
Infermiere coordinatore	1 a prescindere dal numero di posti letto
Infermieri	12 ogni 30 posti letto (per garantire copertura 24h e turni di 2 + sostituzioni)
Terapisti / Educatori professionali / Tecnici di Psicologia	2 ogni 30 posti letto
Operatori socio-sanitari	3 ogni 30 posti letto (con possibilità di copertura 24h)
Assistenti sociali	0,5 ogni 30 posti letto (18h con almeno 3 presenze settimanali)

Strutture residenziali terapeutico-riabilitative per trattamenti comunitari intensivi (per moduli da 20 pl)
Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione, ferma restando la reperibilità notturna e festiva dello psichiatra ed eventualmente in ogni turno non coperto dallo psichiatra.

Medici psichiatri (responsabili)	1 a prescindere dal numero di posti letto
Medici psichiatri / Psicologi	3 ogni 20 posti letto (di cui almeno 2 psichiatri)
Infermieri	5 ogni 20 posti letto (per garantire copertura 24h e turni di notte)
Terapisti / Educatori professionali / Tecnici di Psicologia	2 ogni 20 posti letto

Operatori socio-sanitari	5 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte)
Assistenti sociali	0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 2 presenze settimanali)

Le unità di personale sono considerate a tempo pieno ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente.
Le presenze di cui sopra possono variare nelle varie fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello terapeutico indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.
Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione, ferma restando la reperibilità notturna e festiva dello psichiatra ed eventualmente in ogni turno non coperto dallo psichiatra.
I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.
Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

Strutture residenziali terapeutico-riabilitative per trattamenti comunitari estensivi (per moduli da 20 pl):
Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione.

Medici psichiatri (responsabili)	1 a prescindere dal numero di posti letto
Medici psichiatri / Psicologi	2 ogni 20 posti letto
Infermieri	2 ogni 20 posti letto
Terapisti / Educatori professionali / Tecnici di Psicologia	5 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte)
Operatori socio-sanitari	6 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte)
Assistenti sociali	0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 3 presenze settimanali)

Le unità di personale sono considerate a tempo pieno, ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente.
Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.
Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.
Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione
I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.

Strutture residenziali socio-riabilitative ad elevata intensità assistenziale socio sanitaria (per moduli da 20 pl)
Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione.

Medici psichiatri (responsabili)	1 a prescindere dal numero di posti letto

Medici psichiatri / Psicologi	1 ogni 20 posti letto
Infermieri	1 ogni 20 posti letto (36h con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7g/sett.)
Terapisti / Educatori professionali / Tecnici di Psicologia	5 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte)
Operatori socio-sanitari	5 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte)
Assistenti sociali	0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 3 presenze settimanali)

Le unità di personale sono considerate a tempo pieno, ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente.
Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.
Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione.
Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata i sensi della vigente normativa.
I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.

Strutture residenziali socio-riabilitative a media intensità assistenziale socio sanitaria (per moduli da 20 pl)

Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione.

Medici psichiatri (responsabili)	1 a prescindere dal numero di posti letto
Medici psichiatri / Psicologi	1 ogni 20 posti letto
Infermieri	1 ogni 20 posti letto (36h con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7g/sett.)
Terapisti / Educatori professionali / Tecnici di Psicologia	3 ogni 20 posti letto
Operatori socio-sanitari	3 ogni 20 posti letto
Assistenti sociali	0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 2 presenze settimanali)

Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.
Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione.
Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato, con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.
I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.

Strutture residenziali socio-riabilitative a bassa intensità assistenziale socio sanitaria (per moduli da 10 pl)

Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione oraria.

Medici psichiatri (responsabili)	1 a prescindere dal numero di posti letto
Infermieri	1 ogni 10 posti letto (a tempo parziale 18h/sett.)
Terapisti / Educatori professionali / Tecnici di Psicologia	1 ogni 10 posti letto ***
Operatori socio-sanitari	1 ogni 10 posti letto

*** possono essere sostituiti con le seguenti figure professionali: tecnici dello sport, diplomati in corsi post secondari di musicoterapia, diplomati in maestro d'arte presso istituto superiore artistico, diplomati in accademia d'arte drammatica.

Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.

Per le strutture autorizzate per meno di 10 posti le figure professionali di cui ai punti b), c) e d) saranno ridotte in proporzione oraria.

4.4. CENTRI DIURNI PSICHIATRICI E DAY HOSPITAL PSICHIATRICI

Finalità e destinatari

I Centri diurni ed i Day Hospital psichiatrici sono individuati così come di seguito riportato:

- **il Day Hospital (D.H.).** E' una struttura semiresidenziale di tipo ospedaliero funzionalmente collegata alle strutture mediche e chirurgiche dell'ospedale nella quale vengono articolati programmi terapeutici e riabilitativi a breve e medio termine programmati e coordinati dal C.S.M..
  Ha la funzione di affrontare le situazioni sub-acute emergenti, con finalità diagnostiche, di prevenzione al ricovero, di trattamento precoce e di avvio o di recupero del progetto terapeutico. La sua configurazione strutturale dovrà prevedere la presenza di locali idonei per i trattamenti, che possono andare da quelli farmacologici infusivi a quelli psicoterapeutici individuali e di gruppo.
  Il D.H. è una struttura in cui possono essere ottimizzate procedure di osservazione di pazienti psichiatrici con finalità diagnostiche sia in senso descrittivo che in senso psicologico-clinico. Ciò può determinarsi attraverso un'attività psicodiagnostica e sistematiche procedure protocollate di valutazione delle risorse psichiche delle difettualità in ordine alla messa a punto di programmi terapeutico-riabilitativi.
  Il D.H. costituisce pertanto un prototipo di struttura intermedia le cui funzioni non sono solamente quelle di accompagnare i pazienti nel percorso di uscita da una situazione di scompenso e favorirne il reingresso nella società, ma di realizzare strutturalmente e funzionalmente un'area terapeutica a cui i pazienti accedono anche direttamente, secondo i programmi del C.S.M..

- **il Centro Diurno (C.D.).** E' una struttura intermedia con funzioni socio-sanitarie (socio-terapeutiche e socio-riabilitative) in cui si erogano prestazioni e attività destinate a quegli utenti che, pur trovandosi in situazioni gravi e con bisogni di trattamenti socio-sanitari tesi a ridurre tendenze passivizzate, necessitano di mantenere un legame forte con il contesto di vita familiare e/o sociale. Il CD è pertanto una struttura funzionale al progetto terapeutico e all'inserimento sociale, sia nelle situazioni critiche che nei trattamenti a lungo termine; svolge una funzione di intermediario tra il ricovero e la cura ambulatoriale, tra un intervento globale e la delega alla famiglia o al contesto sociale di appartenenza.
  Il CD si rivolge a:
  a) utenti in situazioni critiche e/o in dimissione dal S.P.D.C. o dalle case di cura neuropsichiatriche accreditate;
  b) utenti inviati per l'osservazione al fine di una maggiore comprensione diagnostica e terapeutica;
  c) utenti che necessitano di interventi favorenti il recupero di aspetti comunicativi e relazionali;
  d) utenti che possono giovarsi di interventi mirati all'apprendimento di attività pre-formative e pre-lavorative in un contesto protetto."

Il Centro Diurno svolge, sulla base del progetto personalizzato concordato con l'équipe inviante, attività socio-riabilitative e socio-terapeutiche, attività espressive, attività per favorire l'acquisizione di livelli di autonomia, attività di integrazione sociale, attività di promozione e attuazione di formazione e aggiornamento professionale."

4.4.1. Requisiti Strutturali del centro diurno

- Locali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste nel Centro Diurno, senza altre particolari connotazioni.
- Locali per colloqui/visite psichiatriche.
- Collocati in normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità.
- Numero complessivo dei locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

4.4.2. Requisiti Organizzativi del centro diurno

Le risorse di personale sono definite in relazione alla popolazione servita, fermi restando i requisiti minimi previsti dal DPR 14.01.97. In particolare:
- apertura non inferiore a 36 ore settimanali da suddividere in 5 o 6 giorni a seconda della tipologia di CD;
- presenza di psicologi e/o psichiatri, programmata o per fasce orarie;
- presenza di educatori professionali, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, operatori socio-sanitari, infermieri, operatori sociali e istruttori per attività specifiche, a seconda delle attività previste dal CD e alla sua eventuale collocazione in presidi con altre strutture del DSM o presidi sanitari polifunzionali;
- collegamento funzionale con le altre strutture territoriali e ospedaliere del DSM, per garantire la continuità terapeutica.

4.4.3. Requisiti Strutturali del Day Hospital Psichiatrico

- La tipologia del Day Hospital deve essere adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni ed alle caratteristiche operative e strutturali di cui al D.P.R. 7 aprile 1994.
- Locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

4.4.4. Requisiti Organizzativi del Day Hospital Psichiatrico

- Apertura non inferiore a 36 ore settimanali da suddividere in 5 o 6 giorni
- Di norma ubicato in presidi ospedalieri, garantendo comunque il riconoscimento formale dei posti letto_equivalenti, l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative specifiche, ed il personale necessario.

- Collegamento funzionale con una struttura di ricovero e con altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al D.P.R. 7 aprile 1994.
- La dotazione minima di personale per un D.H. con 2 posti letto è di 1 psichiatra, 1 psicologo, 2 infermieri. Le dotazioni strutturali e di personale del D.H. possono essere ampliate in relazione a programmi e funzioni specifiche assunti dal D.H. in relazione a specifici bisogni della popolazione del bacino di utenza.

4.5. CENTRI RESIDENZIALI PER CURE PALLIATIVE (HOSPICE)

Finalità e destinatari

E' un servizio di tipo residenziale e domiciliare per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata e, in special modo, per pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto.

La capacità recettiva all'interno della struttura residenziale non deve essere superiore a 30 posti, suddivisi in nuclei da 9 a 18.

4.5.1. Requisiti Strutturali

Area destinata alla residenzialità

- La struttura deve essere ubicata in una zona ben collegata mediante mezzi pubblici.
- Ogni nucleo è dotato di camere singole, con superficie tra i 9 ed i 14 mq.
- La camera, dotata di adeguati arredi e di servizio igienico, deve consentire la permanenza (notturna) di un accompagnatore e lo svolgimento di interventi medici.

Per ogni nucleo, devono essere presenti:

- una tisaneria/cucina;
- un deposito biancheria pulita;
- un deposito attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, anche internucleo;
- un deposito biancheria sporca con vuotatoio;
- un ambulatorio medicherai;
- un soggiorno polivalente ovvero spazi equivalenti anche in ambiti da destinare a diverse attività (ristorazione, conversazione, lettura);
- una postazione per il personale di assistenza in posizione idonea;
- servizi igienici per il personale.

Devono essere, inoltre, previsti:

- un locale vuotatoio e lavapadelle;
- un bagno assistito, anche internucleo.

Area destinata alla valutazione e alla terapia

Sono presenti:

- un locale ed attrezzature per terapia antalgica e prestazioni ambulatoriali anche in comune per più moduli ubicati orizzontalmente;
- un locale per la preparazione e manipolazione dei farmaci e preparazioni nutrizionali anche in comune per più moduli ubicati orizzontalmente (solo in caso tale funzione venga svolta direttamente nell'Hospice);
- un locale per colloqui con il personale (psicologo, assistente sociale etc.).

Area generale di supporto

Devono essere presenti:

- un ingresso con portineria, telefono, spazio per le relazioni con il pubblico e spazio archivio;
- uno spogliatoio del personale con servizi igienici;
- uno spogliatoio e locali di sosta e lavoro per il personale volontario;
- un locale per riunioni d'equipe;
- servizi per l'assistenza religiosa e relativi locali;
- un locale cucina;
- un locale dispensa;
- un locale lavanderia/stireria.

Qualora i servizi siano dati in appalto, non sono necessari i predetti locali; in tal caso deve esserci un locale per lo stoccaggio.

Qualora l'hospice sia collocato nell'ambito di complessi sanitari o socio-sanitari polifunzionali è consentita l'utilizzazione di spazi in comune. quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto. In tal caso, gli spazi in comune devono essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

Qualora l'hospice non sia localizzato in una struttura sanitaria, sono richiesti:

- una camera mortuaria (una ogni 10 posti letto);
- uno spazio per i dolenti;
- una sala per il culto;
- un locale per uso amministrativo;
- un magazzino.

4.5.2. Requisiti Tecnologici

Devono essere presenti:

- un impianto di gas medicali (ossigeno e aspirazione);
- un carrello per la gestione delle emergenze e relativi farmaci;
- un elettrocardiografo.

4.5.3. Requisiti Organizzativi

- E' permessa la personalizzazione delle stanze.
- Deve essere individuato un responsabile clinico della struttura (Hospice).
- Il Responsabile sanitario della struttura Hospice deve essere un medico con comprovata esperienza in materia di "Medicina Palliativa" e "Terapia del dolore".
- In particolare sono richiesti tre anni di servizio presso strutture pubbliche ovvero cinque presso strutture private accreditate, eroganti assistenza in favore di pazienti oncologici in fase terminale.
- E' garantito un servizio di guardia medica H24.
- L'equipe multiprofessionale è costituita da:
  - medici
  - psicologi
  - infermieri
  - operatori tecnici dell'assistenza e/o operatori sociosanitari
  - terapisti della riabilitazione
  - assistenti sociali
  - altre figure professionali individuate in base alle esigenze specifiche.
- Il personale della struttura deve essere articolato, in funzione dei pazienti in carico, secondo i rapporti di seguito riportati:
  - 1/12 (personale medico)
  - 1/6 (personale infermieristico)
  - 1/10 (O.S.S.)
- Per ogni singolo paziente deve essere redatto un progetto assistenziale, con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle condizioni cliniche, da parte dell'equipe multiprofessionale.

- La Direzione promuove la personalizzazione dell'assistenza anche mediante riunioni periodiche di équipe finalizzate alla definizione, alla verifica ed alla rimodulazione del piano terapeutico.
- Deve essere assicurata la continuità assistenziale con l'assistenza domiciliare prevedendo per ogni posto residenziale quattro posti cura domiciliari e comunque secondo la normativa vigente.
- Deve essere promossa la collaborazione con le associazioni di volontariato.
- Deve essere assicurata l'assistenza spirituale nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino.
- Il Centro garantisce adeguato sostegno spirituale ai pazienti ed ai relativi familiari, sia nella fase antecedente al decesso che in quella di elaborazione del lutto, nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza degli interessati.
- Il Centro garantisce, attraverso l'utilizzazione di risorse esterne, adeguata assistenza psicologica ai pazienti ed ai relativi familiari, sia nella fase antecedente al decesso che in quella di elaborazione del lutto, nonché al personale in forza alla struttura stessa.
- Il Centro garantisce al paziente adeguata assistenza fisioterapica.

4.6. CASE ALLOGGIO PER PERSONE CON HIV E/O AIDS

Finalità e destinatari

"La Casa Alloggio per persone affette da malattie da HIV/AIDS è una residenza collettiva ad elevata integrazione socio/sanitaria per l'assistenza in fase estensiva e di lungo assistenza che prevede la presa in carico globale della persona con HIV/AIDS, e che assicura, nell'ambito di una continuità assistenziale, successiva al ricovero ospedaliero o all'invio dei servizi socio/sanitari, anche funzioni educativo/assistenziali oltre che di trattamento a domicilio".

4.6.1. Requisiti Strutturali

La Casa Alloggio dispone di minimo 6 (sei) e massimo 10 (dieci) posti letto per gli ospiti.

La Casa Alloggio è dotata:

- di locale ad uso infermeria con adeguata attrezzatura funzionante, conforme alla normativa vigente, e in numero sufficiente alle necessità del servizio, composta da: armadio farmaceutico; strumentazione per l'attività ambulatoriale di medicina di base; un porta rifiuti per materiale infetto (rifiuti speciali); schedario con chiave per la custodia delle cartelle o dell'altra modulistica adottata per la registrazione delle prestazioni;
- di camere per gli ospiti adeguatamente attrezzate (dotazione minima per ospite: letto; comodino; armadio; campanello di chiamata);
- di bagni accessibili alle persone disabili attrezzati con vasca;
- di locali ad uso comune (dotazione minima: locale esclusivamente adibito ai pasti; spazio soggiorno/locale polifunzionale; locale per colloqui riservati);
- di cucina di tipo domestico, comunque attrezzata per preparare tre pasti giornalieri con piatti caldi, con locale dispensa attrezzato per la corretta conservazione dei cibi;
- di lavanderia/stireria/guardaroba di tipo domestico comunque attrezzata per soddisfare il fabbisogno di ogni ospite (dotazione minima: annesso deposito di biancheria sporca e per il materiale di consumo opportunamente areato);
- di un servizio per l'accompagnamento degli ospiti (valore soglia: una vettura funzionante).

4.6.2. Requisiti Organizzativi

Il personale è in numero sufficiente per i carichi di lavoro relativi all'attività prevista.

Dotazione minima: 1 coordinatore organizzativo; 1 medico con esperienza documentata nel campo dell'AIDS; 1 infermiere ogni 3 ospiti; 1 operatore tecnico dell'assistenza (o analogo) ogni 2 ospiti; 1 psicologo; 1 assistente sociale; 1 cuoco; 1 addetto alle pulizie.

E' garantito il funzionamento della Casa Alloggio H24 per sette giorni la settimana.

La direzione della Casa Alloggio fa capo al coordinatore organizzativo con documentata formazione specifica e/o esperienza nel medesimo ambito e al responsabile delle attività sanitarie con specifiche caratteristiche: medico specialista in materie infettive o con esperienza documentata nel campo dell'AIDS.

E' identificato il coordinatore per gli aspetti psicologici a sostegno degli ospiti e degli operatori. Caratteristiche: psicologo con esperienza documentata nel campo dell'AIDS.

E' identificato il coordinatore per gli aspetti sociali nel rapporto con gli ospiti ed i loro familiari.

Caratteristiche: assistente sociale con esperienza documentata nel campo dell'AIDS.

Sono effettuate revisioni periodiche di coordinamento delle attività sanitarie, sociali ed organizzative.

Va definito un documento in cui siano presenti le attribuzioni delle specifiche funzioni/attività effettivamente svolte da ciascuna figura professionale, comprese quelle relative ai casi di emergenza o ad eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).

Tutti gli operatori dispongono di copertura assicurativa.

Esistono procedure scritte per la prevenzione dei rischi professionali collegati all'assistenza delle persone HIV positive e la gestione delle esposizioni.

Le procedure prevedono la redazione di un manuale ad uso degli operatori e volontari in cui sono elencati i rischi più frequenti e la corretta modalità per evitare incidenti.

Esistono procedure scritte per la formazione del personale sull'individuazione, la segnalazione, la prevenzione e la gestione dei rischi più frequenti e importanti.

Le procedure prevedono la programmazione di un ciclo di aggiornamento specifico del personale.

Vengono forniti i mezzi necessari alla prevenzione di tali rischi.

Esistono documenti di servizio (contratti) concordati con i servizi competenti circa lo smaltimento dei rifiuti speciali.

Sono documentate pratiche uniformi e procedure o linee - guida scritte per quanto riguarda le modalità di presa in carico dei pazienti.

E' garantita la presa in carico entro 15 giorni dall'autorizzazione del Centro Coordinamento Trattamento a Domicilio (C.C.T.A.D.).

Per ciascun ospite viene formulato ed è documentato il Piano di assistenza individualizzato.

Il Piano individualizzato contiene: interventi assistenziali programmati; indicazione dei responsabili di tali interventi; obiettivi misurabili con le scadenze di verifica ed è concordato dall'unità valutativa della Casa Alloggio con il centro referente di malattie infettive.

Per ciascun ospite viene formulata ed è documentata la presenza della cartella personale.

Sono documentati gli incontri periodici tra le diverse figure professionali della Casa Alloggio per promuovere l'integrazione e la continuità assistenziale.

Esistono evidenze e documentazioni:

- di pratiche uniformi e procedure scritte di collaborazione con i Centri o Servizi di diagnostica di laboratorio e di radiodiagnostica situati nel territorio;
- relative all'accesso dei pazienti agli altri servizi sanitari e sociali di cui necessitano.

Sono documentate:

- pratiche uniformi e procedure con cui gli ospiti ricevono informazioni chiare e complete sulla natura del loro disturbo, sul trattamento proposto, sugli eventuali effetti collaterali dei farmaci, sul decorso del disturbo;
- pratiche uniformi e procedure per la somministrazione dei farmaci da parte del personale non infermieristico;
- pratiche uniformi e procedure per la cura delle persone allettate.

Le procedure prevedono: cicli di aggiornamento specifico degli operatori.

4.7. STRUTTURE PER LA CURA E RIABILITAZIONE DELLE PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA

Finalità

Premesso quanto già evidenziato all'interno delle "*finalità generali*" di cui al punto 3.6., si riportano di seguito i requisiti relativi alle strutture residenziali e semiresidenziali per la cura e la riabilitazione delle persone in stato di dipendenza.

4.7.1. STRUTTURE RESIDENZIALI

4.7.1.1. Requisiti Strutturali

Le strutture residenziali possono avere una diversa capacità recettiva:

- fino a otto posti (in tal caso devono essere soddisfatti i requisiti previsti per le civili abitazioni);
- da otto a trenta posti;
- oltre trenta posti.

Le strutture residenziali con oltre i trenta posti devono essere organizzate in moduli.

Ogni modulo per un massimo di trenta posti deve essere dotato di:

- camere da letto con un massimo di n.6 posti/utente (devono essere garantiti 6 mq a posto, bagno escluso);
- locali e servizi igienici completi (almeno 1 ogni 6 utenti);
- per le nuove strutture, locali e servizi igienici completi (almeno 1 ogni 4 utenti);
- locali per pranzo e soggiorno.

Ogni struttura deve essere dotata di:

- locali e servizi per il responsabile della struttura e per gli operatori;
- ambulatorio (ove eventualmente somministrare la terapia farmacologica, se prevista dal programma);
- locali per attività riabilitative adeguati al numero dei posti ed alle modalità di intervento previste nel progetto riabilitativo;

- spazio per le riunioni;
- uno spazio per l'archivio;
- locali per cucina e dispensa;
- lavanderia e guardaroba;
- spazio per il personale.

Nel caso sia prevista la presenza di minori in trattamento, qualora non presente il gruppo familiare la struttura deve garantire la disponibilità di camere da letto e locali ad essi dedicati.

Tutti i locali dovranno essere adeguatamente arredati, favorendo la personalizzazione dello spazio fisico, compatibilmente con il progetto riabilitativo.

4.7.1.2. Requisiti Tecnologici

Deve essere presente un frigorifero, ove sia prevista la terapia farmacologica, ed una cassaforte.

Il servizio dispone degli adeguati supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche, fax, e dotazioni informatiche (hardware, software e collegamenti in rete).

4.7.1.3. Requisiti Organizzativi

E' individuato un responsabile in possesso di Diploma di Laurea coerente con la tipologia d'intervento.

Il Responsabile garantisce un impegno di servizio per almeno 36 ore settimanali.

Il Responsabile non può essere sostituito, salvo gravi e documentati motivi, per almeno dodici mesi dalla designazione. In ogni caso deve essere previsto un sostituto della medesima qualificazione professionale, eventualmente appartenente ad altro servizio della medesima regione.

La documentazione relativa alla tipologia d'intervento deve contenere: principi, modelli teorici di riferimento, definizione del target, definizione degli obiettivi, definizione della azioni/prestazioni, definizione delle fasi e dei tempi, esplicitazione delle risorse umane impiegati e dei metodi di supervisione utilizzati, definizione degli strumenti di monitoraggio, definizione degli strumenti di valutazione.

Il Responsabile è affiancato da ulteriori operatori, in possesso di idonei titoli e requisiti professionali per un numero complessivo di personale non inferiore ad una unità ogni dieci utenti.

Per ciascuna tipologia d'intervento è prevista la dotazione di personale minima sottoindicata:

- per gli interventi pedagogico riabilitativi integrati: n.1 operatore qualificato (laurea di I livello) e n.1 operatore di supporto;
- per gli interventi terapeutico riabilitativi integrati: n.1 psicologo, n.1 assistente sociale in maniera coerente con la tipologia d'intervento, n.1 educatore professionale o figura equipollente, n.1 medico (in caso di comorbilità psichiatrica il medico può essere sostituito da n.1 psichiatra), n.1 infermiere in coerenza con l'intervento previsto (in caso di somministrazione farmacologica).

Fino a due unità di personale (escluso il responsabile), deve essere instaurato rapporto di lavoro per 18 ore settimanali ciascuno, per le ulteriori unità può essere previsto il tempo parziale purché assicurato il monte ore complessivo necessario.

In ogni caso deve essere garantita la presenza continuativa di personale per tutta la durata di svolgimento dell'attività.

Le ONLUS possono avere fino al 25% della dotazione minima di personale in formazione.

Deve essere:

- garantita la formazione degli operatori tramite riunioni di équipe ed aggiornamento periodico;
- utilizzata una cartella individuale che contenga i dati relativi al paziente (dati anagrafici, data inizio programma, operatori di riferimento, diagnosi), gli strumenti di valutazione utilizzati, il piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazione della chiusura del programma;
- assicurato un sistema di archiviazione, secondo la normativa vigente;
- adottato un regolamento interno contenente: diritti e obblighi degli utenti, norme regole di comportamento e di vita comunitaria, impiego degli utenti nelle attività di vita comunitaria.

Devono essere:

- adottati documenti di registrazione delle attività nonché di registrazione giornaliera di utenti;
- programmate ed effettuate regolarmente riunioni di équipe e aggiornamento periodico.

.
E' previsto il possesso di specifica documentazione relativa alla copertura assicurativa di rischio, infortunio e danno provocato o subito da operatori, volontari, tirocinanti e utenti.

All'interno di strutture residenziali può essere collocata la sede operativa per l'attività domiciliare.

4.7.2. STRUTTURE SEMI RESIDENZIALI

Le strutture semiresidenziali possono avere una diversa capacità recettiva:

- fino a otto posti (in tal caso devono essere soddisfatti i requisiti previsti per le civili abitazioni);
- da otto a trenta posti;
- oltre trenta posti.

4.7.2.1. Requisiti Strutturali

- Locale per l'accoglienza utenti ed informazioni.
- Locali e servizi per il responsabile della struttura e per gli operatori.
- Ambulatorio (ove eventualmente somministrare la terapia farmacologica, se prevista dal programma).
- Locali per attività riabilitative adeguati al numero dei posti ed alle modalità di intervento previste nel progetto riabilitativo.
- Un locale per le riunioni.
- Uno spazio per l'archivio.
- Locali per cucina e dispensa.
- spazio per il personale.
- Servizi igienici per utenti e operatori.

In caso di ospitalità notturna devono essere previste camere da letto con un massimo di n.6 posti/utente (devono essere garantiti 6 mq a posto, bagno escluso).

Tutti i locali dovranno essere adeguatamente arredati, favorendo la personalizzazione dello spazio fisico, compatibilmente con il progetto riabilitativo.
All'interno di strutture semiresidenziali può essere collocata la sede operativa per l'attività domiciliare.

4.7.2.2. Requisiti Tecnologici

Sono presenti un frigorifero, ove sia prevista la terapia farmacologica, ed una cassaforte.

Il servizio dispone degli adeguati supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche, fax, e dotazioni informatiche (hardware, software e collegamenti in rete).

4.7.2.3. Requisiti Organizzativi

E' individuato un responsabile in possesso di Diploma di Laurea coerente con la tipologia d'intervento.

Il Responsabile garantisce un impegno di servizio per almeno 36 ore settimanali.

Il Responsabile non può essere sostituito, salvo gravi e documentati motivi, per almeno dodici mesi dalla designazione. In ogni caso deve essere previsto un sostituto della medesima qualificazione professionale, eventualmente appartenente ad altro servizio della medesima regione.

La documentazione relativa alla tipologia d'intervento deve contenere: principi, modelli teorici di riferimento, definizione del target, definizione degli obiettivi, definizione della azioni/prestazioni, definizione delle fasi e dei tempi, esplicitazione delle risorse umane impiegati e dei metodi di supervisione utilizzati, definizione degli strumenti di monitoraggio, definizione degli strumenti di valutazione.

Il Responsabile è affiancato da ulteriori operatori, in possesso di idonei titoli e requisiti professionali per un numero complessivo di personale non inferiore ad una unità ogni dieci utenti.

Per ciascuna tipologia d'intervento è prevista la dotazione di personale minima sottoindicata:

- per gli interventi pedagogico riabilitativi integrati: n.1 operatore qualificato (laurea di I livello) e n.1 operatore di supporto;
- per gli interventi terapeutico riabilitativi integrati: n.1 psicologo, n.1 assistente sociale in maniera coerente con la tipologia d'intervento, n.1 educatore professionale o figura equipollente, n.1 medico (in caso di comorbilità psichiatrica il medico può essere sostituito da n.1 psichiatra), n.1 infermiere in coerenza con l'intervento previsto (in caso di somministrazione farmacologica).

Fino a due unità di personale (escluso il responsabile), deve essere instaurato rapporto di lavoro per 18 ore settimanali ciascuno, per le ulteriori unità può essere previsto il tempo parziale purché assicurato il monte ore complessivo necessario.

In ogni caso deve essere garantita la presenza continuativa di personale per tutta la durata di svolgimento dell'attività.

Le ONLUS possono avere fino al 25% della dotazione minima di personale in formazione.

Deve essere:

- garantita la formazione degli operatori tramite riunioni di équipe ed aggiornamento periodico;

- utilizzata una cartella individuale che contenga i dati relativi al paziente (dati anagrafici, data inizio programma, operatori di riferimento, diagnosi), gli strumenti di valutazione utilizzati, il piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazione della chiusura del programma;
- assicurato un sistema di archiviazione, secondo la normativa vigente;
- adottato un regolamento interno contenente: diritti e obblighi degli utenti, norme regole di comportamento e di vita comunitaria, impiego degli utenti nelle attività di vita comunitaria.

Devono essere:

- adottati documenti di registrazione delle attività nonché di registrazione giornaliera di utenti;
- programmate ed effettuate regolarmente riunioni di équipe e aggiornamento periodico.

.
E' previsto il possesso di specifica documentazione relativa alla copertura assicurativa di rischio, infortunio e danno provocato o subito da operatori, volontari, tirocinanti e utenti.

All'interno di strutture residenziali può essere collocata la sede operativa per l'attività domiciliare.

Le strutture semi residenziali devono essere aperte per almeno n.40 ore settimanali.

4.8. *OSPEDALE DI COMUNITA'*

Finalità

L' Ospedale di comunità è una struttura sanitaria extraospedaliera che offre una residenzialità temporanea, di norma per un massimo trenta giorni, dopo la dimissione da strutture per acuti per completamento delle cure ovvero per situazioni cliniche non trattabili a domicilio, ma che non richiedono il ricorso a strutture ospedaliere per acuzie e post-acuzie.

L'Ospedale di comunità assicura interventi sanitari caratterizzati da un medio livello di medicalizzazione (assistenza medica assicurata dal Medico di M.G.), ma contemporaneamente di livello medio-alto per gli aspetti di nursing e riabilitativi, finalizzati al mantenimento ovvero al recupero dell'autonomia (rimobilizzazione, prevenzione ovvero trattamento precoce delle lesioni da decubito, riabilitazione dell'apparato urinario dopo cateterizzazione etc.) nonché alla cura della persona.

Destinatari

Nell'ospedale di comunità sono accolti pazienti con patologie di grado lieve-medio, di norma appartenenti all'area della senescenza e della disabilità, non assistibili a domicilio, in particolari momenti di acuzie al fine di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati, ovvero nel periodo di immediata post-acuzie per favorire, attraverso un percorso assistenziale intermedio, il rientro a domicilio in condizioni adeguate e contrastare il fenomeno dei ricoveri ripetuti.

Detta tipologia assistenziale deve derivare dalla riconversione di strutture ospedaliere di piccole dimensioni ovvero da strutture sanitarie o sociosanitarie funzionanti pubbliche o private accreditate.

4.8.1. Requisiti Strutturali Generali

L'Ospedale di Comunità può costituire presidio autonomo se derivato dalla riconversione di una struttura ospedaliera ovvero unità operativa all'interno di un presidio ospedaliero ovvero inserito in complessi polifunzionali che comprendono strutture ospedaliere e/o residenziali.

Tutte le strutture devono essere in possesso dei requisiti di carattere generale di cui al punto 0.1 ed i servizi di supporto di cui ai punti 1.12., 1.13., 1.14., 1.15., 1.16..

La capacità recettiva minima è di 10 posti e massima di 40 organizzati in nuclei da dieci a venti posti.

Le camere possono essere da 1, 2, 3, 4 letti; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle lettighe e delle carrozzine.

I servizi igienici devono essere attrezzati per la non autosufficienza (nel caso in cui le camere non siano dotate di bagno autonomo i servizi igienici dovranno essere presenti in numero minimo di uno ogni due camere, ovvero di un servizio igienico per un numero massimo di quattro ospiti).

Per gli aspetti dimensionali si fa riferimento all'allegato A, criterio n. 10, del D.P.C.M. 22 .12.1989.

Deve essere prevista un'area destinata alla valutazione con locali per le visite specialistiche e per le valutazioni diagnostico-prognostiche.

Deve essere presente un'area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione comprendente:

- locali e palestra per attività dinamiche e di gruppo;
- spazi per attività statiche o individuali, attrezzate in rapporto alla tipologia dell'intervento articolate in locali/spazi;
- ambiente/spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra.

Devono essere previsti spazi di soggiorno e svago per uso esclusivo dei pazienti e dei familiari proporzionati al numero degli stessi.

Le prestazioni di laboratorio analisi e di radiologia convenzionale possono essere acquisite dalla struttura in cui è collocato l'Ospedale di comunità ovvero da presidi esterni.

Qualora l'Ospedale di comunità sia collocato nell'ambito di complessi sanitari ospedalieri o socio-sanitari residenziali è consentita l'utilizzazione di spazi in comune quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto, all'area di socializzazione e all'area della valutazione e delle terapie. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

4.8.2. Requisiti Tecnologici Generali

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

In relazione alla tipologia delle persone assistite devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione diagnostica;
- presidi e risorse tecnologiche atte al svolgimento di prestazione mediche, infermieristiche e riabilitative nonché specialistiche necessarie;
- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di riabilitazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;

- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale, di supporto e completamento all'esercizio terapeutico.

Devono essere disponibili:

- materassi e cuscini antidecubito;
- carrozzine e ausili per la mobilità del paziente.

4.8.3. Requisiti Organizzativi Generali

Tutte le strutture devono essere in possesso dei requisiti di carattere generale di cui al punto 0.2.

Deve essere individuato un responsabile Medico, di norma, con documentata attività di servizio per almeno dieci anni nel settore delle cure primarie.

Nei presidi autonomi ovvero nei presidi inseriti in complessi che comprendono strutture residenziali socio-sanitarie il responsabile medico assume anche le competenze igienico-organizzative.

L'assistenza medica viene assicurata dai Medici di Medicina Generale con i quali devono essere stipulati appositi accordi a livello regionale ed aziendale.

Le prestazioni specialistiche, farmaceutiche e protesiche sono assicurate dal S.S.R., alle condizioni e con le modalità previste per la generalità dei cittadini, attraverso i competenti servizi distrettuali ed aziendali.

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che, per unità operative di 20 posti deve essere composta da:

- infermiere dirigente;
- infermieri (rapporto uno a quattro e comunque almeno uno per turno);
- tecnici della riabilitazione (terapisti della riabilitazione, occupazionali, logoterapisti, psicomotricisti, etc.) (rapporto uno a dieci);
- O.S.S. (rapporto di uno a tre);
- assistente sociale (anche non dedicata);
- medici specialisti a consulenza.

Per ogni paziente deve essere assicurata:

- la valutazione multidimensionale, attraverso appositi strumenti validati, dei problemi/bisogni sanitari, riabilitativi, cognitivi, psicologici e di nursing della persona al momento dell'ammissione e periodicamente;

- la predisposizione di un piano di assistenza individualizzato ovvero un progetto riabilitativo alla cui redazione collaborano i componenti dell'équipe professionale, ciascuno per le proprie competenze, corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- l'istituzione di una cartella personale contenente tutte le informazioni sanitarie necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata dal personale.

Deve esistere un regolamento interno che individua i destinatari degli interventi e le patologie trattabili, i requisiti e criteri per l'accesso dei pazienti, le condizioni di esclusione, le modalità di erogazione dell'assistenza ed i tempi massimi di trattamento nonché le funzioni e i compiti dei diversi operatori.

Devono esistere procedure formalizzate per assicurare l'appropriatezza dell'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti.

Devono esistere procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare sia l'accesso dal domicilio sia la continuità assistenziale dopo la dimissione.

Devono esistere modalità operative che facilitino le relazioni con la famiglia e favoriscano la partecipazione al programma assistenziale nonché l'eventuale continuazione dello stesso al domicilio.

4.9. CENTRO DIURNO TERAPEUTICO (C.D.T. PER L'ETÀ PRE-SCOLARE)
dei Servizi Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva (TSMREE)

Finalità e Destinatari

Il C.D.T. per l'età prescolare accoglie soggetti in età evolutiva (3–6 anni) con Disturbi di Sviluppo. Il C.D.T. per l'età prescolare è una struttura intermedia che svolge funzioni terapeutico-riabilitative tese alla individuazione dei nuclei patogenetici cruciali nelle diverse fasi di sviluppo e ad intervenire anche sugli aspetti relazionali dei disturbo, integrando interventi psicologici, riabilitativi, educativi e sociali. Svolge, inoltre, una azione di *counseling* alle strutture educative/scolastiche.

Le attività svolte nel Centro Diurno Terapeutico sono:

- attività terapeutiche e/o riabilitative individuali e/o di gruppo
- gruppi terapeutici e/o counseling per i genitori
- counseling alle strutture educative e scolastiche

4.9.1. Requisiti strutturali

Devono essere previsti:

- Locale/i per attività di piccolo gruppo, con arredi ed attrezzature adeguate all'età e alle attività previste
- Locale per visite /colloqui/gruppi con i genitori
- Servizi igienici distinti per operatori ed utenti (adeguati all'età)
- Collocazione nel contesto residenziale urbano con eventuali spazi verdi e caratteristiche di facile accessibilità
- E' opportuna la collocazione del CDT in struttura che ospiti anche il polo territoriale TSMREE
- Numero complessivo dei locali e spazi in relazione alla popolazione servita

4.9.2. Requisiti Organizzativi

Il personale dedicato al CDT in età prescolare fa parte dell'organico del polo territoriale TSMREE.
La dotazione di personale è programmata in relazione al bacino di utenza ed al numero di soggetti trattati e in particolare:

- apertura flessibile in relazione alle esigenze terapeutiche, per almeno cinque giorni alla settimana per sei ore;
- è prevista la presenza di almeno un medico specialista in neuropsichiatria infantile e/o di uno psicologo che deve essere garantita durante tutto l'orario di apertura
- un medico specialista in neuropsichiatria infantile con funzione di responsabile per gli aspetti igienico-sanitari
- E' prevista la presenza di personale dell'equipe multidisciplinare del polo territoriale TSMREE composta da educatori professionali, assistenti sociali, tecnici della

neuropsicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, personale di assistenza, articolata secondo la patologia e i bisogni psicologici e assistenziali degli ospiti e in relazione alle attività previste.

Il progetto terapeutico–riabilitativo individualizzato, definito nel tempo, è elaborato dall'équipe del CDT e concordato con il TSMREE territoriale di residenza dell'utente.

Devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il minore.

La struttura è in collegamento funzionale con il Servizio TSMREE territoriale del distretto socio-sanitario di pertinenza per la presa in carico e con i pediatri di libera scelta, con asili-nido e scuole frequentate dai bambini, con i servizi socio-educativi comunali e del terzo settore per garantire la continuità terapeutica ed assistenziale.

4.10. CENTRO DIURNO TERAPEUTICO ETA' ADOLESCENZIALE
C.D.T. Adolescenti

Definizione

Finalità e Destinatari

L'utenza è costituita da soggetti in età evolutiva (12-17 anni) – anche sottoposti a provvedimenti giudiziari – con disturbo psicopatologico, primario o secondario a grave disagio socio familiare, disabilità cognitive/neuropsicologiche, in fase di post acuzie o in condizioni di crisi che pregiudichi o abbia già pregiudicato l'inserimento nel contesto familiare e/o educativo / formativo, sociale.
Il C.D.T. si configura come uno spazio in cui l'équipe operante, oltre a fornire interventi terapeutici, socio-riabilitativi e farmacologici, con garanzie di monitoraggio e verifica, attiva strumenti terapeutici alternativi adeguati alle esigenze specifiche della fascia di età (ateliers terapeutici, terapie di gruppo, ecc.).
Sono garantiti inoltre specifici interventi terapeutici e di sostegno per i genitori, nonché di integrazione socio-educativa.
L'accesso alla struttura è autorizzato dal TSMREE territoriale di residenza dell'utente.
I progetti terapeutici–riabilitativi, elaborati dall'équipe del CDT, sono concordati con il TSMREE territoriale di residenza dell'utente e hanno, di norma, una durata di 2-3 anni.

4.10.1. Requisiti strutturali

- Locali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste nel Centro Diurno, senza altre particolari connotazioni.
- Locali per colloqui/psicoterapie/visite psichiatriche.
- Collocati in normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità.
- Numero complessivo dei locali e spazi in relazione alla popolazione servita.
- Spazi di soggiorno-relax con angolo cottura.
- Servizi igienici distinti per operatori ed utenti (e adeguati all'età).

4.10.2. Requisiti organizzativi

Numero massimo dei posti 12.

Presenza di personale di equipe multidisciplinare di assistenza con specifica competenza nell'area dell'età evolutiva composta da:

- medico specialista in neuropsichiatria infantile con funzione di responsabile per gli aspetti igienico - sanitari
- psicologo
- infermiere
- assistente sociale
- tecnici della riabilitazione
- educatore professionale/tecnici di psicologia
- personale di assistenza in relazione alle attività previste
- istruttori per attività specifiche

E' prevista la presenza di almeno un medico specialista in neuropsichiatria infantile e/o di uno psicologo che deve essere garantita durante tutto l'orario di apertura.
La presenza dei tecnici della riabilitazione/educatori può essere articolata e variare nelle varie fasce di professionalità a seconda della patologia e dei bisogni assistenziali degli ospiti.
Deve essere formalizzato un progetto generale di struttura.
Devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il minore.

Aperta minimo 6 ore al giorno nella fascia 8/19, per un minimo di 5 giorni alla settimana. Il periodo di chiusura programmata non può superare le due settimane consecutive.

La struttura è in collegamento funzionale con il TSMREE territoriale del distretto socio-sanitario di pertinenza per la presa in carico e con le strutture per l'urgenza/emergenza psichiatrica in età evolutiva, con i pediatri di libera scelta, i medici di medicina generale, i DSM, con i servizi socio-educativi comunali e del terzo settore per garantire la continuità terapeutica ed assistenziale.

4.11. STRUTTURE RESIDENZIALI TERAPEUTICO-RIABILITATIVE PER ADOLESCENTI - S.R.T.R.

Adolescenti per trattamenti comunitari intensivi e per trattamenti comunitari estensivi

Definizione

La S.R.T.R. per Adolescenti è una struttura sanitaria di tipo comunitario per il trattamento volontario globale - psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale - di adolescenti (12/17 anni) – anche laddove provengano dal circuito penale o siano sottoposti a provvedimenti giudiziari –, agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie, non trattabili a domicilio, che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero ospedaliero e che hanno bisogno di effettuare un percorso terapeutico e riabilitativo attraverso una presa in carico residenziale ed un periodo di separazione dall'abituale contesto di vita.

Finalità e Destinatari

La S.R.T.R. - Adolescenti quale mediatore della relazione terapeutica, ha la finalità di far superare la fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie attraverso la messa in atto di un trattamento complesso multifattoriale e multidisciplinare di tipo evolutivo/trasformativo. Tale Struttura è adatta per quei pazienti che necessitano di uno spazio e di un tempo necessari sia per riavviare processi evolutivi interrotti, sia per effettuare una valutazione dei disturbi di personalità, sia per risolvere problemi legati alla propria identità, ad atteggiamenti auto ed etero aggressivi e per sperimentare nuove relazioni significative con lo scopo di raggiungere un adeguato recupero funzionale ed un reinserimento nella rete sociale possibilmente nel proprio contesto di appartenenza.

Le S.R.T.R. Adolescenti, che garantiscono un'assistenza 24 ore/24, si suddividono in:

- **S.R.T.R. per trattamenti comunitari intensivi**: strutture per pazienti minori con disturbi in fase di acuzie e post-acuzie, compresi quelli che necessitano di una fase di valutazione psicodiagnostica e multidisciplinare a seguito di una richiesta del magistrato, che richiedono interventi intensivi relazionali, farmacologici e psicoterapeutici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 60 giorni;
- **S.R.T.R. per trattamenti comunitari estensivi**: strutture per pazienti minori con disturbi in fase di sub-acuzie, nonché provenienti dal circuito penale, che richiedono interventi relazionali, psicoterapeutici e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 2 anni (eventualmente prolungabile per permettere il completamento di processi in corso)e successivo reinserimento nell'abituale contesto di vita o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio-riabilitativa o socio-assistenziale (Casa Famiglia, Gruppo Appartamento, ecc.).

L'accesso alla struttura è autorizzato dal TSMREE territoriale di residenza dell'utente.
Si prevede, d'intesa con il Servizio TSMREE, la possibilità di prolungare la permanenza presso la struttura anche oltre il compimento del 18° anno di età, al fine di assicurare il perseguimento di obiettivi terapeutici-riabilitativi.

Devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il minore. Agli ospiti devono essere garantiti inoltre: un ambiente familiare per orari e ritmi di vita, la continuità dei rapporti familiari e/o sociali fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie, la partecipazione ad attività socio-culturali, sportive e di socializzazione interne ed esterne alla struttura, la mobilità.

4.11.1. Requisiti Strutturali

Specifici S.R.T.R. Adolescenti intensive numero massimo posti letto: 10
Specifici S.R.T.R. Adolescenti estensive numero massimo posti letto: 20

Tutte le Strutture Residenziali devono essere in possesso di quanto segue:

- Collocazione in normale contesto residenziale urbano e/o facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici, in modo da agevolare i processi di socializzazione.
- Numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione assistita, con possibilità di spazi collettivi con funzioni polivalenti, fatto salvo lo spazio dedicato alla custodia del farmaci.
- Per le strutture fino a 10 posti di ospitalità, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantiscano sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.
- Per le strutture oltre i 10 posti di ospitalità, i requisiti di cui all'all. "A" del D.P.C.M. 22 dicembre 1989, limitatamente ai criteri n.5, n.7, n.9, lettere a) e b), lettera f) in relazione alle dimensioni della struttura, e n.10. Per le aree di attività e di servizio di cui alla lettera c) punto 10, possono essere computate aree esterne attrezzate per finalità terapeutico-riabilitative sino al 30% del computo complessivo. Possono essere concesse deroghe relativamente al servizio di preparazione dei pasti e di ristorazione interna per gli ospiti, se l'attività rientra nei programmi riabilitativi e condotta a dimensione familiare.

4.11.2. Requisiti Organizzativi

Assistenza continuativa agli utenti ospitati nelle 24 h con presenza di personale di equipe multidisciplinare con specifica competenza nell'area dell'età evolutiva composta da:

- medico specialista in neuropsichiatria infantile con funzione di responsabile per gli aspetti igienico - sanitari
- psicologo clinico
- assistente sociale
- educatore professionale
- infermiere professionale
- operatore socio-sanitario
- istruttori per attività specifiche

Le presenze del medico specialista, dello psicologo possono essere articolate e variare a seconda della patologia e dei bisogni assistenziali degli ospiti.

La struttura è in collegamento funzionale con il Servizio T.S.M.R.E.E. territoriale del distretto socio-sanitario di pertinenza per la presa in carico e con le strutture per l'urgenza/emergenza psichiatrica in età evolutiva, il Dipartimento di Salute Mentale, con i pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale, con gli istituti scolastici, con i servizi socio-educativi comunali e del terzo settore per garantire la continuità terapeutica ed assistenziale.

Deve essere assicurata:

- **Per le Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per trattamenti comunitari intensivi,** la presenza di personale di assistenza - con specifica competenza nell'area dell'età evolutiva - nelle 24 ore, così come di seguito riportato:
a) 1 medico specialista in neuropsichiatria infantile responsabile della struttura, anche per gli aspetti igienico-sanitari;
b) 2 medici specialisti in neuropsichiatria infantile;
c) 1 psicologo
d) 5 infermieri professionali (per garantire la copertura sulle 24 ore e turni di notte)
e) 3 terapisti/educatori professionali/tecnici di psicologia
f) 5 OSS (per garantire la copertura sulle 24 ore e turni di notte)
g) 1 assistente sociale (con almeno 18 ore e 3 presenze settimanali).
h) figure professionali per le funzioni ausiliarie e amministrative per un totale di 24 ore a settimana (ausiliari, addetti alla cucina, economi del programma,ecc.).

Per le strutture autorizzate per meno di 10 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione, fermo restando la reperibilità notturna e festiva del neuropsichiatra infantile ed eventualmente in ogni turno non coperto dal neuropsichiatra infantile.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

- **Per le Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per trattamenti comunitari estensivi,**
la presenza di personale di assistenza - con specifica competenza nell'area dell'età evolutiva - nelle 24 ore, così come di seguito riportato:
a) 1 medico specialista in neuropsichiatria infantile responsabile della struttura, anche per gli aspetti igienico-sanitari;
b) 2 medici specialisti in neuropsichiatria infantile/psicologi
d) 2 infermieri professionali
e) 5 terapisti/educatori professionali/tecnici di psicologia (per garantire anche turni di notte)
f) 6 OSS (per garantire anche turni di notte)
g) 1 assistente sociale (con almeno 24 ore e 4 presenze settimanali)
h) figure professionali per le funzioni ausiliarie e amministrative per un totale di 24 ore a settimana (ausiliari, addetti alla cucina, economi del programma,ecc.).

Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

4.12. STRUTTURA RESIDENZIALE PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E OBESITÀ

Finalità e Destinatari

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) possono essere definiti come *persistenti disturbi del comportamento alimentare o di comportamenti finalizzati al controllo del peso, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta.* La struttura residenziale è deputata essenzialmente all'attuazione di un programma terapeutico-riabilitativo psiconutrizionale indispensabile quando si determinano le seguenti condizioni:

- gravità del quadro clinico internistico e/o psicologico, tale da richiedere lo svolgimento del programma di trattamento in un ambiente protetto;
- inefficacia del programma ambulatoriale, per alte interferenze ambientali;
- condizioni familiari e/o di contesto non adeguate alla gestione del paziente a casa.

La struttura costituisce inoltre un'efficace alternativa alla degenza ospedaliera acuta e/o al ricovero in ambito psichiatrico.

Pertanto, sulla base delle indicazioni al trattamento residenziale e dei conseguenti criteri di accesso, i pazienti con DCA ammessi al trattamento residenziale devono rispondere ai seguenti requisiti:

- Assenza di grave comorbidità psichiatrica in asse I del DSM IV/R;
- Assenza di abuso e/o dipendenza da sostanze psicotrope e alcool (da almeno 6 mesi);
- Condizioni generali non talmente compromesse, instabili e in acuzie da necessitare una preventiva fase di ospedalizzazione;
- Accettazione del programma e delle regole della struttura da parte del paziente o consenso informato da parte dei genitori nel caso di minorenni. Qualora non fosse possibile mantenere tale impegno da parte del paziente dopo 1 mese dal suo ingresso, il trattamento viene interrotto.

La durata dell'ospitalità residenziale varia dai 3 ai 5 mesi ed è tale da consentire un recupero ponderale e/o di compenso dell'equilibrio comportamentale che possa essere accettato dalla paziente.

Gli *obiettivi specifici dell'intervento terapeutico* sono:

a. la normalizzazione del comportamento alimentare e del peso;
b. il miglioramento delle condizioni cliniche generali;
c. il miglioramento della psicopatologia specifica del disturbo e della sintomatologia ad esso associata.

Il trattamento residenziale è altamente strutturato con attività quotidiane settimanalmente programmate e prevede un *programma riabilitativo* le cui attività comprendono:

a. Compilazione di una scheda di assessment iniziale;
b. Analisi della motivazione al trattamento
c. Promozione del cambiamento e delle capacità di insight attraverso colloqui psicologici e trattamenti psicoterapeutici individuali ad orientamento psicodinamico, familiari e di gruppo;
d. Colloqui iniziali per la valutazione diagnostica multidimensionali
e. Valutazione di laboratorio e strumentale;
f. Esame fisico (peso, statura, P.A., esame della pelle, tiroide, neurologico, ecc.);
g. Auto-aiuto guidato e terapeutico, anche mediante utilizzo di test specifici;
h. Riabilitazione nutrizionale e correzione del pattern alimentare;
i. Pasti giornalieri assistiti;
j. Monitoraggio continuo dei parametri clinici (tra cui il piano alimentare e del peso);
k. Monitoraggio dell'attività fisica;
l. Colloqui nutrizionali;
m. Attività artistiche, espressive e pedagogiche personalizzate (ad es. arti visive, corsi di lingua, attività artigianali, fotografia, danza, musica, canto ecc.);
n. Supporto ed informazione per i familiari;
o. Intervento educativo;
p. attività riabilitative di fisioterapia, psicomotricità e di medicina integrata (ad es. tecniche di rilassamento, meditazione, ecc);;
q. assistenza infermieristica continuativa.

Per essere ammesse al trattamento residenziale, le persone con DCA devono rispondere ai seguenti requisiti:

- assenza di grave comorbidità psichiatrica in asse I del DSM IV/R
- assenza di abuso e/o dipendenza da sostanze psicotrope e alcool (da almeno 6 mesi)
- condizioni generali non talmente compromesse, instabili e in acuzie da necessitare una preventiva fase di ospedalizzazione
- accettazione del programma e delle regole della struttura da parte del paziente o consenso informato da parte dei genitori nel caso di minorenni.

La durata dell'ospitalità residenziale varia dai 3 ai 5 mesi ed è tale da consentire un recupero ponderale e dell'equilibrio psichico.

4.12.1 Requisiti Strutturali

La realizzazione del programma residenziale di riabilitazione intensiva prevede la presenza minima delle seguenti caratteristiche:

- Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano, e dotata di spazi interni ed esterni ben organizzati, al fine di favorire la continuità dei rapporti sociali e la vita di relazione;
- Il centro deve essere organizzato in moduli minimo 10 utenti e massimo 20 utenti, in un clima emotivo e relazionale favorente la convivenza comunitaria e in un ambiente il più possibile simile alla vita quotidiana e ad un contesto familiare;
- stanze per il soggiorno residenziale dei pazienti, attrezzate come stanze preferibilmente singole oppure doppie con servizi igienici assistiti;
- 1 sala da pranzo allestita anche per i "pasti assistiti";
- 1 ufficio di direzione;
- 1 segreteria (funzioni archivio *e front office)*;
- 1 locale comune per ogni area in cui ci sono stanze di degenza;
- 1 sala d'attesa, utilizzabile anche per incontri/riunioni con familiari ed esterni;
- 1 spazio cucina (solo per colazione e merende);

- studi medici;
- 1 locale per psicoterapie, anche familiari e/o di gruppo, per max 5 pazienti dalla superficie minima di 30 mq (con idonea insonorizzazione e protezione della privacy);
- 1 sala comune per le attività occupazionali e alternative (laboratori, ecc.);
- 1 sala TV/gioco;
- 1 sala attività motorie o palestra;
- uno spazio all'aperto (parco);
- locale di servizio per gli operatori anche esterni;
- servizi igienici e spogliatoi per operatori;
- almeno 2 servizi igienici per i visitatori e/o pazienti esterni, di cui 1 attrezzato per la non autosufficienza.

4.12.2 Requisiti Organizzativi

Il programma terapeutico prevede la collaborazione fra più figure professionali che affrontano i molteplici aspetti del problema collaborando costruttivamente secondo un approccio interdisciplinare integrato.

L'equipe per una struttura di 20 posti di residenzialità deve comprendere un Responsabile (un medico psichiatra o uno psicologo specialista in psicoterapia con almeno 5 anni di esperienza specifica sul campo) e il seguente personale con specifica competenza nel campo dei disturbi del comportamento alimentare.:

- 3 Psicologi specialisti in psicoterapia (24 ore/sett. - 4 accessi);
- 1 Medico psichiatra (36 ore/sett. - 6 accessi);
- 1 Medico di Medicina Interna e/o endocrinologo o nutrizionista (18 ore/sett. - 3 accessi);
- 1 Dietista (36 ore/sett. - 6 accessi);
- 1 fisioterapista (18 ore/sett. - 3 accessi);
- 1 psicomotricista (18 ore/sett. - 3 accessi);
- 1 infermiere coordinatore (36 ore/sett. - 6 accessi);
- 2 infermieri (36 ore/sett. - 6 accessi);

- 6 educatori/tecnici di psicologia (copertura sulla 24 ore - 1 operatori a turno durante il giorno, feriali e festivi, ed 1 operatore per la notte);
- 1 assistente sociale (18 ore/sett. - 3 accessi);
- 1 impiegato amministrativo (36 ore/sett. - 6 accessi);

Il personale indicato va integrato con la dotazione di personale addetto alla cucina e alle pulizie generalmente impiegato in strutture di questa dimensione.

Inoltre, devono essere prevista consulenze specialistiche a richiesta: fisiatra, ginecologo, endocrinologo, cardiologo.

Ulteriore personale a quote di orario per laboratori creativi ed espressivi (teatro, danza, musica, psicodramma, ecc.) e attività motorie.

Nella struttura deve essere garantita la presenza di un medico o di uno psicologo durante le 24 ore anche attraverso la reperibilità notturna e festiva.

Per le strutture autorizzate con meno di 20 posti letto le figure professionali (tranne la presenza del Responsabile che deve essere sempre garantita) saranno ridotte in proporzione.

Deve essere garantito un collegamento funzionale con le altre strutture territoriali (anche sociali ed educative) ed ospedaliere per garantire sia la continuità terapeutica che la socializzazione.

Devono essere garantite, particolarmente nel caso di pazienti minorenni, la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente stesso.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della normativa vigente.

4.13. CENTRO DIURNO PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E OBESITÀ

Finalità e Destinatari

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) possono essere definiti come *persistenti disturbi del comportamento alimentare o di comportamenti finalizzati al controllo del peso, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta.* In molti casi può essere utile, quale alternativa al programma residenziale per evitare l'interruzione delle abituali attività quotidiane e la separazione dal contesto di vita, la semiresidenzialità, con attività terapeutiche multiple offerte nell'arco della giornata e "pasti assistiti".

I programmi semiresidenziali possono essere differenziati ma il centro deve essere aperto per almeno 6 ore al giorno su 5 o 6 giorni a settimana. Le attività e le modalità di assistenza sono assolutamente assimilabili a quelle della residenzialità e possono essere interamente accorpate a tale percorso.

Nel Centro diurno, quale struttura di riabilitazione semiresidenziale, si svolgono interventi terapeutici, riabilitativi risocializzanti rivolti a persone affette da disturbi del comportamento alimentare. Ha la funzione di seguire i pazienti, ponendosi spesso come alternativa al ricovero in ospedale offrendo attività terapeutiche multiple e "pasti assistiti".

E' un luogo di accoglienza per pazienti, spesso molto giovani, costituito al fine di evitare l'interruzione delle abituali attività quotidiane e la separazione dal contesto di vita dei pazienti che necessitano di un sostegno durante la giornata e che necessitano di interventi specifici di tipo terapeutico, riabilitativo e di reinserimento sociale.

Tale struttura è deputata essenzialmente all'attuazione di un programma riabilitativo psicoterapeutico e nutrizionale e si pone i seguenti *obiettivi specifici*:

1) promuovere l'autonomia personale, attraverso attività individuali e di gruppo che permettano un maggior inserimento nel tessuto sociale;
2) proporre attività riabilitative che permettano agli utenti di sviluppare o recuperare le competenze necessarie all'inserimento nel mondo della scuola e/o del lavoro e ad un recupero di una vita di relazione;

3) permettere l'acquisizione di un maggior livello di consapevolezza delle proprie difficoltà emotive, comportamentali e relazionali;
4) sostenere nella quotidianità e con gruppi specifici le famiglie degli utenti;
5) favorire un miglioramento rispetto alla psicopatologia specifica del disturbo e alla sintomatologia ad esso associata;
6) favorire la normalizzazione del comportamento alimentare e del peso.

4.13.1 Requisiti Strutturali

La realizzazione del programma del centro diurno prevede la presenza minima delle seguenti caratteristiche:

- Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano, e dotata di spazi interni ed esterni ben organizzati, al fine di favorire la continuità dei rapporti sociali e la vita di relazione;
- Il centro deve essere organizzato in moduli costituiti da minimo 10 utenti e massimo 20 utenti, in un clima emotivo e relazionale favorente la convivenza comunitaria e in un ambiente il più possibile simile alla vita quotidiana e ad un contesto familiare;
- 1 sala da pranzo allestita anche per i "pasti assistiti";
- 1 ufficio di direzione;
- 1 segreteria (funzioni archivio *e front office)*;
- 1 sala d'attesa, utilizzabile anche per incontri/riunioni con familiari ed esterni;
- 1 spazio cucina (solo per colazione e merende);
- studi medici;
- 1 locale per psicoterapie, anche familiari e/o di gruppo, per max 5 pazienti dalla superficie minima di 30 mq (con idonea insonorizzazione e protezione della privacy);
- 1 sala comune per le attività occupazionali e alternative (laboratori, ecc.);
- 1 sala attività motorie o palestra;
- uno spazio all'aperto (parco);
- locale di servizio per gli operatori;

- servizi igienici e spogliatoi per operatori;
- almeno 2 servizi igienici per i visitatori e/o pazienti esterni, di cui 1 attrezzato per la non autosufficienza.

4.13.2 Requisiti Organizzativi

Il programma terapeutico prevede la collaborazione fra più figure professionali e più servizi territoriali che affrontano i molteplici aspetti del problema collaborando costruttivamente secondo un modello integrato di intervento.

Presenza di personale di equipe multidisciplinare con specifica competenza nell'area dei disturbi del comportamento alimentare composta da:

- 1 medico psichiatra (con funzioni di responsabile)
- 1 psicologo specialista in psicoterapia
- 2 infermiere (18 h/sett.)
- 1 assistente sociale (18 h/sett.)
- 1 tecnico della riabilitazione
- 2 educatore professionale/tecnico di psicologia
- personale di assistenza in relazione alle attività previste
- 1 istruttore per attività specifiche

E' prevista la presenza di almeno un medico psichiatra e/o di uno psicologo che deve essere garantita durante tutto l'orario di apertura.

La presenza dei tecnici della riabilitazione/educatori/tecnici della psicologia può essere articolata e variare nelle varie fasce di professionalità a seconda della patologia e dei bisogni assistenziali degli ospiti.

Deve essere formalizzato un progetto generale di struttura.

Nel caso di pazienti minorenni devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente stesso.

Aperta minimo 6 ore al giorno nella fascia 8/19, per un minimo di 5 giorni alla settimana. Il periodo di chiusura programmata non può superare le due settimane consecutive.

Deve essere garantito un collegamento funzionale con le altre strutture territoriali (sociali, educative, ecc.) ed ospedaliere per garantire sia la continuità terapeutica che la socializzazione.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della normativa vigente.

5. STABILIMENTI TERMALI

Ai sensi della legge n. 323 del 24 ottobre 2000 *"Riordino del settore termale"*, le cure termali sono erogate negli stabilimenti delle aziende termali che utilizzano, per le finalità terapeutiche, acque minerali e termali nonché fanghi, sia naturali sia artificialmente preparati, muffe e simili, vapori e nebulizzazioni, stufe naturali e artificiali, qualora le proprietà terapeutiche delle stesse acque siano state riconosciute ai sensi del combinato disposto dell'art. 6, lett. t), della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 e dell'art. 119, comma 1, lett. d), del decreto legislativo n. 112 del 31 marzo 1998.

Gli stabilimenti termali erogano le prestazioni idrotermali di cui all'art. 36 delle legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Per quanto non previsto nel presente documento, occorre far riferimento, in ordine alla definizione dei requisiti per l'autorizzazione all'apertura ed esercizio degli stabilimenti termali, all'Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancito nel corso della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 23 settembre 2004.

5.1. Requisiti Strutturali Tecnologici ed Organizzativi

Ai sensi dell'art. 3 della L. n. 323/00, le cure termali sono erogate presso le aziende termali in possesso dei seguenti requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi:

- disponibilità di un medico responsabile delle attività sanitarie svolte nello stabilimento, ove di tale compito non si occupi personalmente il direttore sanitario;
- presenza di un medico per tutto l'orario giornaliero di apertura dei reparti termali, ovvero garanzia di pronta assistenza medica per tutto l'orario giornaliero di apertura degli stessi reparti, assicurata attraverso un servizio di guardia medica privato;
- presenza presso l'Azienda termale delle seguenti attrezzature e farmaci di pronto soccorso:
  - uno sfigmomanometro
  - un apparecchio manuale di rianimazione
  - una bombola di ossigeno completa di manometro e di riduttore
  - siringhe di plastica monouso e laccio emostatico
  - aghi, filo e pinza per sutura
  - farmaci: analettici e cardiotonici, antispastici e sedativi, cortisone per uso endovenoso, emostatici per applicazioni topiche e per uso parenterale, ipotensivi e coronodilatatori, antiallergici, antistaminici broncodilatatori
  - elettrocardiografo e defibrillatore automatico.

Per quanto compatibile con la natura e la modalità di esecuzione delle cure termali, si rinvia a quanto previsto per le attività ambulatoriali, di cui al punto 3.

5.2. Requisiti specifici per l'erogazione dei cicli di cura della riabilitazione neuromotoria e della rieducazione motoria del motuleso e della riabilitazione della funzione respiratoria

Per l'erogazione dei cicli di cura sottoelencati, le aziende termali interessate debbono possedere i seguenti requisiti:

A. ciclo della riabilitazione neuromotoria e della rieducazione funzionale del motuleso:

a) personale

1. medico specialista in recupero e rieducazione funzionale di motulesi e neurolesi o in ortopedia o discipline equipollenti o affini;
2. terapisti della riabilitazione;
3. massofisoterapisti.

b) servizi diagnostici

1. gabinetto di radiologia interno o convenzionato;
2. laboratorio di diagnostica chimico-clinica interno o convenzionato;
3. gabinetto di elettrofisiologia attrezzato anche per esami elettromiografici interno o convenzionato.

c) attrezzature terapeutiche

1. reparto di fangobalneoterapia;
2. piscina termale attrezzata per riabilitazione in acqua, dotata di idonei meccanismi che ne consentono l'utilizzazione anche ai disabili;
3. palestra idoneamente attrezzata per la riabilitazione neuromotoria;
4. locali attrezzati per l'esecuzione dei seguenti trattamenti: massoterapia; elettroterapia (galvanica, faradica, interferenziale, diadinamica, ionoforesi, elettrostimolazioni esponenziali); termoterapia; fototerapia (ultravioletti, infrarossi); sonoterapia(ultrasuoni); laserterapia; magnetoterapia; trazioni e manipolazioni vertebrali.

B. ciclo della riabilitazione della funzione respiratoria

a) personale

1. medico specialista in pneumologia o discipline equipollenti o affini, o in fisopatologia e fisiochinesiterapia respiratoria, o in recupero e riabilitazione funzionale o in discipline equipollenti o affini;
2. terapisti della riabilitazione.

b) servizi/attrezzature diagnostiche

1. ambulatorio di diagnostica funzionale polmonare attrezzato per eseguire esami spirometrici di base (CV,VC,VRE,VRI,VEMS, VMM,CVF,PFE, indice di Tiffeneau, frequenza respiratoria); esami spirometrici di base + curva flusso-volume; ossimetria;
2. ambulatorio di elettrocardiografia;
3. attrezzature radiologiche di base per lo studio del torace, anche in convenzione con un gabinetto di radiologia esterno;
4. attrezzature per esami chimico-clinici di base, per ricerche allergologiche complete per via percutanea e per eventuali provocazioni specifiche degli organi bersaglio, anche in convenzione con un laboratorio esterno.

c) attrezzature terapeutiche

1. apparecchi per la crenoterapia inalatoria singola e/o collettiva (aerosol, humages, inalazioni, nebulizzazioni);
2. apparecchi per ventilazione meccanica assistita a pressione positiva intermittente;
3. palestra per chinesiterapia respiratoria collettiva;
4. box per chinesiterapia respiratoria singola e per drenaggio posturale.

I servizi di diagnostica per immagini o di laboratorio interni, i locali e le attività di recupero e rieducazione funzionale o respiratoria interni devono essere conformi ai requisiti previsti dalla normativa regionale o nazionale per i presidi che svolgono le stesse attività sanitarie.

6. STUDI ODONTOIATRICI, MEDICI E DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

6.1. ASSISTENZA SPECIALISTICA ODONTOIATRICA

Premessa

Si considerano strutture odontoiatriche gli ambienti e i locali ove si eseguono prestazioni odontoiatriche.

Le strutture odontoiatriche si differenziano in:

- studio odontoiatrico;
- ambulatorio odontoiatrico.

6.1.1. STUDIO ODONTOIATRICO

Si definisce studio odontoiatrico privato l'ambiente privato e personale in cui l'odontoiatra esercita la sua libera attività professionale di diagnosi e terapia, in forma singola o associata.

La titolarità dello studio odontoiatrico privato s'identifica col singolo odontoiatra o con gli odontoiatri associati, prestatori dell'opera professionale cui sono abilitati: non è prevista quindi la presenza del Direttore Sanitario Responsabile.

Lo studio odontoiatrico privato non è "tecnicamente" aperto al pubblico perché compete al titolare ogni decisione discrezionale in ordine ai giorni e agli orari d'apertura, e all'erogazione delle prestazioni previo appuntamento.

6.1.1.1. Requisiti Strutturali e Impiantistici

Sono presenti spazi per attesa, accettazione e/ o attività amministrative separati dalla sala in cui è presente l'unità operativa. In caso di più riuniti presenti nello stesso locale, deve essere garantita la privacy dei singoli pazienti.

Il locale che contiene una unità operativa ha una superficie pari ad almeno 9 metri quadrati.

Devono essere presenti:
- servizio igienico ad uso dei pazienti;

- uno spazio o locale per deposito di materiale pulito;
- uno spazio o locale per deposito di materiale sporco diviso da quello per il materiale pulito;
- spazi o armadi per deposito di materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni. Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, portano in evidenza la data della scadenza stessa;
- le pareti perimetrali e i pavimenti devono essere realizzati in superfici detergibili e disinfettabili.

Devono, altresì, essere presenti:

- uno spazio o locale per la sterilizzazione;
- uno spazio o locale per deposito rifiuti diviso dal locale in cui si effettua la prestazione;
- in tutti i locali efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione;
- un lavello con dispenser per sapone ed asciugamani monouso per ogni sala in cui si effettuano le prestazioni e nel locale igienico;
- lavabi a comando non manuale e facilmente disinfettabili;
- almeno un apparecchio radiologico per radiografie indorali;
- un'autoclave per la sterilizzazione dello strumentario idonea alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi;
- riunito odontoiatrico in regola con le norme vigenti;
- produzione di aria compressa divisa dall'aspirazione;
- un kit di rianimazione cardiopolmonare di base per gli interventi di emergenza.

Nello studio vengono correttamente utilizzate le seguenti misure barriera: guanti monouso, visiere per la protezione degli occhi, naso, bocca oppure occhiali a lenti larghe e mascherina.

Viene garantito per ogni utente l'utilizzo di materiale e strumenti disinfettati, sterilizzati e adeguatamente conservati.

6.1.1.2. Requisiti Organizzativi

Il Sanitario, al fine di potere esercitare l'attività di odontoiatra ed acquisire la titolarità dello studio odontoiatrico, deve essere in possesso di uno dei seguenti titoli:

- laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria, abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri;
- laurea in Medicina e Chirurgia, abilitazione all'esercizio della professione, specializzazione in campo odontoiatrico ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri oppure all'Albo Provinciale dei Medici con annotazione, ai sensi dell'art. 5 della Legge 409/85;

- laurea in Medicina e Chirurgia, abilitazione all'esercizio della professione, ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri ai sensi della vigente normativa;
- dentisti abilitati ai sensi della Legge 493/30 e iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Le prestazioni di igiene professionale possono essere svolte, oltre che dalle suindicate professionalità, anche da igienisti/e in possesso del relativo diploma.

La presenza di personale ausiliario dipendente, di consulenti odontoiatrici, di collaboratori odontoiatrici con rapporto di lavoro occasionale o continuativo, d'apparecchiature, anche complesse, nonché d'apparecchiature radiografiche per l'attività occasionale di carattere complementare all'esercizio dell'odontoiatria, non modifica la natura di "studio privato d'odontoiatria".

6.1.2. AMBULATORIO ODONTOIATRICO

Per ambulatorio odontoiatrico si intende un Presidio odontoiatrico privato o pubblico, qualificato come impresa autonoma, che può essere gestita dal singolo imprenditore, da una società o da una associazione professionale, e distinta dai sanitari che ivi operano, preposto alla erogazione di prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione a favore di tutti i pazienti richiedenti nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

6.1.2.1. Requisiti Strutturali e Impiantistici

Sono previsti spazi per attesa, accettazione e/ o attività amministrative separati dalla sala in cui è presente l'unità operativa. In caso di più riuniti presenti nello stesso locale, deve essere garantita la privacy dei singoli pazienti.

Il locale che contiene una unità operativa ha una superficie pari ad almeno 9 metri quadrati.

E' prevista la presenza di:

- servizi igienici;
- uno spazio o locale per deposito di materiale pulito;
- uno spazio o locale per deposito di materiale sporco diviso da quello per il materiale pulito;
- spazi o armadi per deposito di materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni.

Le pareti perimetrali e i pavimenti devono essere realizzati in superfici detergibili e disinfettabili.

Sono, inoltre, previsti:

- uno spazio o locale per la sterilizzazione;
- uno spazio o locale per deposito rifiuti diviso dal locale in cui si effettua la prestazione;
- in tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione;
- un lavello con dispenser per sapone ed asciugamani monouso per ogni sala in cui si effettuano le prestazioni e nel locale igienico.

I lavabi previsti sono a comando non manuale e facilmente disinfettabili.

E' presente nell'insediamento odontoiatrico:

- almeno un apparecchio radiologico per radiografie indorali;
- un'autoclave per la sterilizzazione dello strumentario idonea alla sterilizzazione di dispositivi medici cavi e porosi;
- riunito odontoiatrico in regola con le norme vigenti.

La produzione di aria compressa è divisa dall'aspirazione.

Nello studio vengono correttamente utilizzate le seguenti misure barriera: guanti monouso, visiere per la protezione degli occhi, naso, bocca oppure occhiali a lenti larghe e mascherina.

Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, portano in evidenza la data della scadenza stessa.

Viene garantito per ogni utente l'utilizzo di strumenti sterili.

Il materiale disinfettato o sterile viene adeguatamente conservato.

E' presente un kit di rianimazione cardiopolmonare di base per gli interventi di emergenza.

6.1.2.2. Requisiti Organizzativi

Il Sanitario, al fine di potere esercitare l'attività di odontoiatra ed acquisire la titolarità dello studio odontoiatrico, deve essere in possesso di uno dei seguenti titoli:

- Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria, abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri.
- Laurea in Medicina e Chirurgia, abilitazione all'esercizio della professione, specializzazione in campo odontoiatrico ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri oppure all'Albo Provinciale dei Medici con annotazione, ai sensi dell'art. 5 della Legge 409/85.
- Laurea in Medicina e Chirurgia, abilitazione all'esercizio della professione, ed iscrizione all'Albo provinciale degli odontoiatri ai sensi della Legge 409/85 e 471/88.
- Dentisti abilitati ai sensi della Legge 493/30 e iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Le prestazioni di igiene professionale possono essere svolte, oltre che dalle suindicate professionalità, anche da igienisti/e in possesso del relativo diploma.

L'ambulatorio odontoiatrico deve obbligatoriamente prevedere la presenza di un Direttore Sanitario Responsabile, abilitato all'esercizio della professione, con almeno cinque anni di anzianità di servizio.

6.3. CENTRI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

La fattispecie Centri di Chirurgia Ambulatoriale è codificata come attività ambulatoriale. (Vd. punto 3.8a).

6.4. STUDI DI MEDICINA ESTETICA

La Medicina estetica rappresenta una branca medica di recente acquisizione che opera nel settore della prevenzione e della correzione dei problemi estetici che possono determinare, nel tempo, comparsa di patologie e/o disturbi psicofisici da non accettazione del problema estetico.

Il Servizio è indirizzato a tutti coloro che vivono con disagio un problema di disarmonia del proprio corpo. Questo determina un stato psichico alterato che, secondo le basi della psico–neuro–endocrino–immunologia, si può evidenziare con una problematica organica a carico dei sistemi neurologico, endocrino ed immunitario.

Inoltre, la recente trasformazione della medicina estetica in medicina fisiologica o del benessere, ha allargato la fascia di destinatari di questo servizio a tutti quelli che richiedono una valutazione della propria età biologica al fine di ottimizzare le proprie performance psicofisiche, prevenendo i danni caratteristici del processo d'invecchiamento.

Le prestazioni eseguite negli studi di medicina ad indirizzo estetico sono di pertinenza delle seguenti discipline:

- endocrinologia;
- scienze dell'alimentazione e dietetica;
- dermatologia;
- angiologia.

I quadri clinici che interessano al medicina estetica sono gli stati iniziali di future patologie.

Su questa base, sono d'interesse medico – estetico:

- la panniculopatia edemato – fibro – sclerotica;
- le adiposità, generalizzate e localizzate, in eccesso;
- l'invecchiamento cutaneo sia da crono che foto ageing;
- l'invecchiamento generale.

6.4.1. Requisiti Strutturali

Lo studio di medicina estetica deve rispettare le norme logistiche ed igieniche di qualsiasi ambulatorio medico e deve prevedere, come base minima:

- una sala d'attesa;
- uno spazio adibito a segreteria
- uno studio per le visite

- locali/box d'operatività.

6.4.2. Requisiti Tecnologici

Deve essere presente la dotazione strumentale specifica relativa all'attività svolta. In ogni caso devono essere presenti almeno:

- computer;
- bilancia con altimetro;
- plicometro;
- lampada di Wood.

6.4.3. Requisiti Organizzativi

Il personale che opera negli studi di medicina estetica è diviso in:

- amministrativo;
- non medico;
- medico.

Il personale medico deve essere qualificato e pertanto in possesso di:

- specializzazione in chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica o in dermatologia e venereologia

  in alternativa: titolo di formazione in Medicina Estetica rilasciato da una struttura certificata ECM od universitaria od ospedaliera o da un Board internazionale attestante la sua conoscenza della branca;

  in alternativa: operatività nel settore da almeno tre anni, attestata da partecipazioni annuali a corsi, convegni e congressi nazionali ed internazionali del settore e da una documentata attività svolta in una struttura sanitaria operante nel campo.

Il personale non medico può prestare solamente attività di assistenza al medico operatore e deve essere in possesso di: laurea in scienze infermieristiche o specifico diploma nel settore (esito di corsi riconosciuti dalla Regione o dal Ministero della salute) di durata almeno triennale.

L'operatività medica o paramedica, sia di diagnosi che di cura, deve rispettare i protocolli codificati per le varie forme cliniche.

In ogni caso il primo intervento, dopo la valutazione generale, deve riguardare la rieducazione comportamentale utile a prevenire l'instaurarsi di patologie derivate dalla non corretta gestione del paziente verso il proprio corpo.

7. SERVIZI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE

7.0. REQUISITI GENERALI

Finalità

L'assistenza domiciliare può essere definita come l'insieme coordinato di attività socio - sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative, psicosociali, educative), integrate fra loro, rese al domicilio del paziente sulla base di criteri di eleggibilità clinici, sociali e di condizioni ambientali, secondo piani individuali, programmati per l'assistenza, definiti con la partecipazione delle diverse figure professionali coinvolte nella presa in carico, con l'apporto del medico di Medicina Generale (M.M.G.) e periodicamente verificate.

Tale assistenza in funzione delle condizioni del paziente può essere integrata con prestazioni socio assistenziali a carico dei comuni.

Il servizio di assistenza domiciliare si può configurare come attività autonoma ovvero rappresentare una delle modalità di un percorso assistenziale più articolato che prevede l'erogazione degli interventi in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare.

Destinatari

L'assistenza domiciliare può essere svolta a favore di diverse tipologie di utenti che hanno come caratteristica comune di non essere in grado di accedere autonomamente alle strutture e/o ai servizi sanitari in modo temporaneo o permanente, anche con riferimento alla deliberazione di giunta regionale n. 326/2008:

- persone non autosufficienti totalmente o parzialmente;
- persone con disabilita' complessa;
- persone affette da HIV e AIDS;
- pazienti terminali oncologici e non;
- persone affette da disagio mentale;
- persone in stati di dipendenza (tossicodipendenti, alcolisti).

Tutti i servizi di assistenza domiciliare devono possedere i requisiti generali di seguito indicati.

7.0.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici Generali

Il servizio AD deve disporre di una sede operativa adeguata all'organizzazione funzionale nonché al volume ed alla complessità dell'attività svolta.

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

- uno spazio per attesa;
- un locale per accoglienza e per attività amministrative;
- un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'equipe;
- spogliatoi del personale, qualora lo stesso inizi il servizio dalla sede operativa;
- servizi igienici distinti per gli utenti attrezzato per la disabilità nel caso in cui il servizio sia aperto all'esterno;
- servizi igienici per il personale;
- un locale/spazio per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici;
- un locale per il deposito del materiale sporco ,con uno spazio delimitato, adibito al lavaggio ed alla sterilizzazione dei ferri, laddove non viene utilizzato solo materiale a perdere monouso.

I locali dedicati ai servizi di assistenza domiciliare (AD) devono essere in possesso dei requisiti generali previsti dalle vigenti normative.

Il servizio dispone:

- di tutte le attrezzature e le apparecchiature elettromedicali necessarie a garantire l'erogazione delle rispettive specifiche prestazioni di natura domiciliare;
- di mezzi di trasporto idonei a garantire la mobilità degli operatori e delle attività organizzative di supporto, nonché della relativa copertura assicurativa;
- degli adeguati supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche, fax, e dotazioni informatiche (hardware, software e collegamenti in rete) in modo tale da poter garantire le necessarie comunicazioni con l'utenza e gli altri servizi e comparti assistenziali.

7.0.2. Requisiti Organizzativi generali e documentazione relativa

Il servizio di assistenza domiciliare è dotato di una direzione che assume la responsabilità dell'attività svolta.

Il direttore del servizio deve essere un medico, iscritto al relativo albo professionale.

Il direttore deve essere presente per le ore previste dagli standard regionali.

Deve essere individuato tra le figure sanitarie previste un coordinatore con almeno tre anni di esperienza nel settore, con monte orario dedicato all'attività di coordinamento (24 ore settimanali).

Il direttore, deve essere presente a tempo pieno (36 ore), in caso di servizio che abbia più sedi di A.D. ovvero operi su territori di Aziende U.S.L. diverse.

Deve essere individuato un infermiere (o fisioterapista) coordinatore con almeno tre anni di esperienza nel settore, con monte orario dedicato all'attività di coordinamento (24 ore settimanali).

Dovrà essere predisposto un documento contenente gli obiettivi e le attività esplicitando:

- i servizi offerti dalla struttura stessa;
- i servizi offerti coordinandosi con altre strutture.

L'apertura della centrale operativa è garantita per 5 giorni a settimana, l'attività di servizio si svolge, di norma, per almeno 6 giorni a settimana.

Dovranno esistere procedure scritte che definiscono:

- Criteri e modalità di accesso al servizio–criteri di eleggibilità.
- Modalità e strumenti per la valutazione multidisciplinare.
- Criteri e modalità di formulazione dei programmi e dei piani individuali di assistenza.
- Criteri e modalità di erogazione delle prestazioni .e di comunicazione interna.
- Criteri di dimissione.

Deve essere predisposto un materiale informativo a disposizione dell'utenza che specifichi la tipologia delle prestazioni erogate, gli operatori responsabili delle prestazioni gli orari ed i costi (carta dei servizi).

Viene utilizzata una cartella individuale che contenga i dati relativi al paziente (dati anagrafici, data inizio programma, operatori di riferimento, diagnosi) gli strumenti di valutazione utilizzati, il piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazione della chiusura del programma.

E' presente a domicilio una documentazione che contenga i dati relativi al paziente, il piano di intervento individuale, le prestazioni erogate.

Viene assicurato un sistema di archiviazione (possibilmente sia informatizzato sia cartaceo) delle cartelle che consenta un rapido accesso ai dati.

Devono essere adottate modalità di registrazione delle attività.

Il servizio di Assistenza domiciliare è dotato di personale in rapporto ai volumi e alla tipologia di attività specificati dalla normativa vigente in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna qualifica professionale.

E' predisposta adeguata documentazione che definisca le funzioni i compiti e le responsabilità di tutte le figure professionali presenti nell'équipe multiprofessionale, in rapporto di esclusività, nonché le modalità di espletamento del servizio (regolamento interno).

Sono programmate ed effettuate regolarmente riunioni di équipe e aggiornamento periodico.

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

7.1. SERVIZI RIVOLTI A PERSONE PARZIALMENTE, TEMPORANEAMENTE O TOTALMENTE NON AUTOSUFFICIENTI

Definizione

La Regione, nel quadro degli interventi diretti alla tutela degli anziani, dei disabili e dei pazienti con malattie croniche, promuove la realizzazione di un sistema integrato di interventi domiciliari a carattere sanitario, al fine di consentire alla persona parzialmente, temporaneamente o totalmente autosufficiente, di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita.

Il servizio di assistenza domiciliare garantisce, in relazione ai bisogni dell'utente, specifiche prestazioni di natura medica, infermieristica, di riabilitazione e di recupero psicofisico.

7.1.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici specifici

Il servizio AD può disporre di più sedi operative in relazione al volume ed alla complessità dell'attività svolta e alla distribuzione territoriale degli interventi.

La dotazione minima di apparecchiature comprende: stetoscopi, sfigmomanometri, glucometri, saturimetro, aspiratore ed apparecchiature elettromedicali per fisioterapia domiciliare.

Il servizio dispone inoltre, in quantità idonea per ogni turno e per ogni operatore, di idonee divise, di ferri chirurgici sterili, o monouso e del materiale di consumo necessario.

La dotazione minima della borsa a disposizione del personale infermieristico è la seguente: presidi utili alla somministrazione dei farmaci; guanti monouso; sfigmomanometro; fonendoscopio; glucometro; siringhe monouso; contenitore per aghi/taglienti resistenti alla puntura e agli spandimenti; provette per esami ematici; contenitori sterili per la raccolta di materiale biologico; contenitore a chiusura ermetica per il trasporto delle provette/contenitori; lacci emostatici; disinfettanti; soluzioni per la detersione delle mani; cotone idrofilo; garze; set sterili per medicazioni.

7.1.2. Requisiti Organizzativi specifici

La direzione del servizio è affidata ad un medico in possesso di specializzazione attinente alla materia ovvero con specializzazione in igiene, organizzazione servizi sanitari di base o equipollenti ovvero con esperienza specifica di assistenza domiciliare almeno di cinque anni.

Il direttore del servizio deve avere un rapporto orario di almeno 24 ore settimanali, con presenza feriale quotidiana.

Ogni Centrale Operativa deve essere dotata di uno specifico medico coordinatore, distinto dal direttore responsabile del servizio di cui al punto 7.0.2.

Il servizio di Assistenza domiciliare è dotato di una equipe minima di personale, così composta:

- Medico coordinatore.
- Infermiere dirigente in possesso dei titoli per accedere alla cat. Ds (art. 17 del CCNL 7.04.1999).
- Assistente sociale.
- N. 5 Infermieri.
- N. 5 Terapisti della riabilitazione.

Ogni infermiere ed ogni terapista impegnati a tempo pieno possono effettuare rispettivamente almeno 5 accessi giornalieri e almeno 4 accessi giornalieri.

Le attività infermieristiche domiciliari possono essere svolte anche all'interno di strutture pubbliche (ad es. Scuola o luogo di lavoro) in ambienti idonei e riservati e previa autorizzazione delle attività compiute.

Per ogni singolo paziente deve essere redatto un progetto assistenziale, con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni del quadro patologico e della disabilità, da parte dell'equipe multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici.

Deve essere presente a domicilio una documentazione che contenga i dati relativi al paziente, il piano di intervento individuale, le prestazioni erogate.

7.2. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' COMPLESSA CHE NECESSITANO DI INTERVENTI RIABILITATIVI IN REGIME DOMICILIARE (estensiva e mantenimento)

Destinatari

I percorsi riabilitativi in regime domiciliare sono indicati per le persone con disabilità complessa fisica, psichica, sensoriale o mista (come già definita nell'articolo 26 della L. n. 833/78) che non possono accedere alle strutture ambulatoriali e che presentano condizioni cliniche e sociali stabili e funzioni cognitive-collaborative conservate.
Per i soggetti in età evolutiva (0–18 anni) tali percorsi sono indicati in caso di coesistenza di condizioni limite in cui convivono situazioni di tipo clinico e/o sociale particolari, talmente gravi da impedire la possibilità al minore di accedere al trattamento ambulatoriale; riduzione del rischio di ospedalizzazione e, di conseguenza, di istituzionalizzazione, di soggetti con menomazioni gravi e gravissime.
Sono esclusi dal percorso domiciliare estensivo e di mantenimento coloro che presentano disabilità minimali e/o transitorie per i quali non è consentito l'accesso ai trattamenti estensivi e di mantenimento in regime ambulatoriale come da normativa vigente.

7.2.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici specifici

Deve essere prevista una sede operativa autonoma solo nel caso in cui l'attività riabilitativa domiciliare venga svolta in maniera esclusiva.

Nel caso in cui l'assistenza domiciliare rappresenti una delle tipologie di offerta assistenziale che preveda l'erogazione degli interventi in regime residenziale, e/o semiresidenziale, e/o ambulatoriale la sede operativa può essere collocata all'interno della struttura di offerta di detti servizi.

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

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

La dotazione minima di apparecchiature comprende:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
- presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione;

7.2.2. Requisiti Organizzativi specifici

La direzione del servizio è affidata ad un medico in possesso di specializzazione correlata alla disabilità trattata ovvero possedere un'anzianità di servizio di cinque anni nel settore.

Nel caso in cui l'assistenza domiciliare rappresenti una delle tipologie di offerta assistenziale di un centro di riabilitazione che preveda l'erogazione degli interventi in regime residenziale, e/o semiresidenziale, e/o ambulatoriale, il responsabile del centro può assumere anche la direzione dell'attività domiciliare.
Il servizio di Assistenza domiciliare è dotato di una equipe multidisciplinare composta da:

- Fisiatra, Neurologo, Neuropsichiatria infantile (per le attività rivolte all'età evolutiva) o Medico Responsabile specialista previsto dalla normativa vigente
- Professionisti sanitari della riabilitazione (Fisioterapisti, Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Logopedisti, Terapisti occupazionali, Educatori professionali, etc.)
- Psicologo
- Assistente sociale
- Consulenti (Medici specialisti o altre professioni sanitarie).

Il personale del Servizio deve essere in possesso delle necessarie qualificazioni professionali. E' presente secondo il rapporto operatore/utente indicato di seguito per ogni modalità di erogazione del progetto riabilitativo e impegno per 60 pazienti:

Regime Domiciliare	
Estensivo elevato: 3,9 pazienti/1 operatore	Mantenimento elevato: 6,5 pazienti/1 operatore
Estensivo medio: 6,5 pazienti/1 operatore	Mantenimento medio: 7,6 pazienti/1 operatore
Estensivo lieve: 12,4 pazienti/1 operatore	Mantenimento lieve: 19,5 pazienti/1 operatore

I professionisti sanitari della riabilitazione possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia degli utenti trattati, a condizione che il rapporto operatori/pazienti sopra indicato sia rigidamente rispettato.

Per ogni paziente deve essere redatto un progetto riabilitativo avendo come riferimento per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali il modello bio-psico-sociale. Nel progetto è contenuta la valutazione multidimensionale e sono esplicitate le risorse, i tempi e le modalità di realizzazione.

Deve essere garantita alla famiglia una adeguata informazione e partecipazione. E' indicata la presenza del caregiver.

Le attività domiciliari possono essere svolte anche all'interno di strutture pubbliche (ad es. scuola o luogo di lavoro) in ambienti idonei e riservati e previa autorizzazione delle attività compiute. Dette attività, definite extramurali, sono assimilabili alle attività domiciliari e le strutture erogatrici devono essere in possesso dei requisiti di cui ai punti 7.0.1. e 7.0.2

7.3. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA HIV E AIDS

Come definito nella L. 135/90 hanno diritto all'assistenza domiciliare i pazienti affetti da AIDS e patologie correlate per le quali sia stata posta diagnosi di AIDS secondo la definizione corrente, effettuata la relativa notifica di caso alle autorità competenti e per le quali, superata la fase acuta della malattia sia possibile la dimissione dall'ospedale e la prosecuzione della terapia a domicilio.

In aggiunta a tale criterio, l'assistenza domiciliare (TAD) potrà essere esteso ad altre tipologie di pazienti con malattia da HIV, anche in assenza di diagnosi di AIDS i quali soffrono di condizioni cliniche compromesse a causa di grave immunodeficienze e di altre patologie.

7.3.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

In relazione al limitato numero degli assistiti ed alla dispersione dell'attività sul territorio regionale sono stati definiti requisiti strutturali e tecnologici meno complessi rispetto alle altre categorie di utenza.

La sede operativa è composta da almeno una stanza, adibita a centrale operativa, adeguatamente arredata, fornita di telefono, fax, segreteria telefonica, computer, stampante e collegamento internet.

Il materiale contenuto nella borsa a disposizione del personale infermieristico che opera a domicilio è adeguato alle attività svolte (presidi utili alla somministrazione dei farmaci, guanti monouso, sfigmomanometro, fonendoscopio, glucometro, siringhe monouso, contenitore per aghi/taglienti resistenti alla puntura e agli spandimenti, provette per esami ematici, contenitori sterili per la raccolta di materiale biologico, contenitore a chiusura ermetica per il trasporto delle provette/contenitori, lacci emostatici, disinfettanti, soluzioni per la detersione delle mani, cotone idrofilo, garze, set sterili per medicazioni).

Il materiale contenuto nella borsa a disposizione del medico che opera a domicilio è adeguato alle attività svolte (dotazione minima di farmaci di pronto intervento: adrenalina, cortisonici, antistaminici, diuretici, antiipertensivi, anticonvulsivanti, broncodilatatori, antagonisti degli stupefacenti).

7.3.2. Requisiti Organizzativi

Il coordinatore della attività sanitarie è un medico specialista in malattie infettive o con esperienza documentata nel campo dell'AIDS di almeno cinque anni.

Esiste una adeguata dotazione di personale atta a garantire il funzionamento del servizio:

- un medico ogni 10 pazienti;
- un coordinatore amministrativo;

- in infermiere ogni 4 pazienti;
- un terapista della riabilitazione ogni 6 pazienti;
- un assistente sociale ogni 15 pazienti;
- un operatore telefonico.

E' garantita la presa in carico del paziente entro quattro giorni dall'autorizzazione del CCTAD.

Il piano di assistenza individualizzato è concordato con il medico responsabile della struttura di Malattie infettive di riferimento, così come le eventuali variazioni.

Esistono pratiche uniformi e procedure scritte per la prevenzione, il monitoraggio e la gestione di eventi avversi per il personale.

7.4. SERVIZI A FAVORE DI PAZIENTI TERMINALI ONCOLOGICI E NON

7.4.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

Deve essere prevista una sede operativa autonoma solo nel caso in cui l'attività domiciliare venga svolta in maniera esclusiva.

Nel caso in cui l'assistenza domiciliare sia correlata con l'attività del Centro di Cure Palliative (Hospice), la sede operativa coincide con quella del Centro medesimo.

La dotazione minima di apparecchiature comprende:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione del caso;
- presidi e attrezzature atte ad assicurare le cure palliative da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali includenti attrezzature idonee alla gestione della terapia e strumentario per la piccola chirurgia;
- Pompe per infusione continua e strumentazione per la terapia del dolore e per l'assistenza alla nutrizione artificiale.

7.4.2. Requisiti Organizzativi

Il Responsabile del Servizio deve essere un medico con comprovata esperienza in materia di "Medicina Palliativa" e "Terapia del dolore".

In particolare sono richiesti tre anni di servizio presso strutture pubbliche ovvero cinque presso strutture private accreditate, eroganti assistenza in favore di pazienti oncologici in fase terminale.

Nel caso in cui l'assistenza domiciliare sia correlata con l'attività del Centro di Cure Palliative (Hospice), il responsabile del centro assumere anche la direzione dell'attività domiciliare.

Il personale medico in servizio deve garantire la reperibilità H24.

Il servizio di Assistenza domiciliare è dotato di una equipe multidisciplinare composta da:

- Medici.
- Psicologi.
- Infermieri in numero proporzionale ai pazienti in carico.
- Tecnici della riabilitazione.
- Personale di assistenza sociale.
- Volontari.

Per ogni singolo paziente deve essere redatto un progetto assistenziale, con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle condizioni cliniche, da parte dell'equipe multiprofessionale.

La Direzione promuove la personalizzazione dell'assistenza anche mediante riunioni periodiche di équipe finalizzate alla definizione, alla verifica ed alla rimodulazione del piano terapeutico.

Nei programmi integrati con i centri residenziali (Hospice) il rapporto tra accessi domiciliari e giornate di presa in carico deve essere almeno di uno.

Deve essere promossa la collaborazione con le associazioni di volontariato.

Il Servizio garantisce:
- attraverso l'utilizzazione di risorse esterne, adeguata assistenza psicologica ai pazienti ed ai relativi familiari, sia nella fase antecedente al decesso che in quella di elaborazione del lutto, nonché al personale in forza al Servizio stesso;
- adeguato sostegno spirituale ai pazienti ed ai relativi familiari, sia nella fase antecedente al decesso che in quella di elaborazione del lutto, nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza degli interessati.

7.5. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISTURBI MENTALI

L'assistenza domiciliare rappresenta una modalità di attuazione del progetto terapeutico predisposto dal Centro di Salute Mentale di competenza territoriale che utilizza l'équipe che ha in carico ciascun caso per l'effettuazione degli interventi a domicilio.

In caso di utenti con disturbi stabilizzati residenti al proprio domicilio o in strutture socio-assistenziali, può essere costituita, nell'ambito dell'assistenza territoriale del DSM, una équipe dedicata, composta da infermieri, assistenti sociali, educatori o tecnici della riabilitazione psichiatrica, che garantisca, in collaborazione con il CAD di competenza territoriale, una specifica assistenza domiciliare programmata, finalizzata al mantenimento delle autonomie personali e a favorire l'inclusione sociale, fermo restando il riferimento dello psichiatra e/o dello psicologo curante del CSM.

7.6. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA

Finalità generali

Si rinvia a quanto evidenziato all'interno del punto 3.6. relativo ai centri ambulatoriali.

7.6.1. Requisiti Strutturali e Tecnologici

In relazione alla particolarità dell'utenza assistita è richiesta una sede operativa con requisiti ridotti rispetto a quelli generali.

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

- un locale per accoglienza e per attività amministrative;
- un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'equipe e per archivio;
- servizi igienici;
- uno spazio per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, dispositivi medici ed inoltre frigorifero e cassaforte ove è prevista la somministrazione della terapia farmacologica;
- un locale per il deposito del materiale sporco.

La sede operativa può essere condivisa all'interno di strutture residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali.

Può essere assimilata all'attività domiciliare quella prestata sul campo presso i luoghi di aggregazione degli utenti utilizzando anche mezzi mobili (Unità di strada) con i seguenti requisiti sostitutivi ovvero aggiuntivi.

In caso di attività esclusiva deve essere prevista una sede operativa composta da almeno una stanza, adibita a centrale operativa, adeguatamente arredata, fornita di telefono, fax, segreteria telefonica, computer, stampante.

L'Unità di strada garantisce la disponibilità di un mezzo adeguato (auto, camper, ecc.), attrezzato con spazi per colloqui informativi ed attività di counseling, a seconda degli interventi autorizzati.

7.6.2. Requisiti Organizzativi

E' individuato un responsabile in possesso di Diploma di Laurea coerente con la tipologia d'intervento.

Il Responsabile garantisce un impegno di servizio per almeno 36 ore settimanali.

Il Responsabile non può essere sostituito, salvo gravi e documentati motivi, per almeno dodici mesi dalla designazione. In ogni caso deve essere previsto un sostituto della medesima qualificazione professionale, eventualmente appartenente ad altro servizio della medesima regione.

La documentazione relativa alla tipologia d'intervento deve contenere: principi, modelli teorici di riferimento, definizione del target, definizione degli obiettivi, definizione della azioni/prestazioni, definizione delle fasi e dei tempi, esplicitazione delle risorse umane impiegati e dei metodi di supervisione utilizzati, definizione degli strumenti di monitoraggio, definizione degli strumenti di valutazione.

Il Responsabile è affiancato da ulteriori operatori, in possesso di idonei titoli e requisiti professionali per un numero complessivo di personale non inferiore ad una unità ogni dieci utenti.

Per ciascuna tipologia d'intervento è prevista la dotazione di personale minima sottoindicata:

- per gli interventi pedagogico riabilitativi integrati: n.1 operatore qualificato (laurea di I livello) e n.1 operatore di supporto;
- per gli interventi terapeutico riabilitativi integrati: n.1 psicologo, n.1 assistente sociale in maniera coerente con la tipologia d'intervento, n.1 educatore professionale o figura equipollente, n.1 medico (in caso di comorbilità psichiatrica il medico può essere sostituito da n.1 psichiatra), n.1 infermiere in coerenza con l'intervento previsto (in caso di somministrazione farmacologica).

Fino a due unità di personale (escluso il responsabile), deve essere instaurato rapporto di lavoro per 18 ore settimanali ciascuno, per le ulteriori unità può essere previsto il tempo parziale purché assicurato il monte ore complessivo necessario.

In ogni caso deve essere garantita la presenza continuativa di personale per tutta la durata di svolgimento dell'attività.

Le ONLUS possono avere fino al 25% della dotazione minima di personale in formazione.

Deve essere:

- garantita la formazione degli operatori tramite riunioni di équipe ed aggiornamento periodico;
- utilizzata una cartella individuale che contenga i dati relativi al paziente (dati anagrafici, data inizio programma, operatori di riferimento, diagnosi), gli strumenti di valutazione utilizzati, il

piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazione della chiusura del programma;

- assicurato un sistema di archiviazione, secondo la normativa vigente;
- adottato un regolamento interno contenente: diritti e obblighi degli utenti, norme regole di comportamento e di vita comunitaria, impiego degli utenti nelle attività di vita comunitaria.

Devono essere:

- adottati documenti di registrazione delle attività nonché di registrazione giornaliera di utenti;
- programmate ed effettuate regolarmente riunioni di équipe e aggiornamento periodico.

.
E' previsto il possesso di specifica documentazione relativa alla copertura assicurativa di rischio, infortunio e danno provocato o subito da operatori, volontari, tirocinanti e utenti.

All'interno di strutture residenziali può essere collocata la sede operativa per l'attività domiciliare.