



Regione Umbria

Giunta Regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 1622 DEL 29/12/2015

OGGETTO: Classificazione delle strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali per persone disabili in base alle caratteristiche tecnico-organizzative e all'intensità assistenziale

		PRESENZE
Marini Catuscia	Presidente della Giunta	Presente
Paparelli Fabio	Vice Presidente della Giunta	Presente
Barberini Luca	Componente della Giunta	Presente
Bartolini Antonio	Componente della Giunta	Presente
Cecchini Fernanda	Componente della Giunta	Presente
Chianella Giuseppe	Componente della Giunta	Presente

Presidente: Catuscia Marini

Segretario Verbalizzante: Catia Bertinelli

Efficace dal 08/01/2016

Il funzionario:FIRMATO

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore Luca Barberini

Preso atto:

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
- c) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il Regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- 1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta dell'Assessore, corredati dei pareri e del visto prescritti dal Regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- 2) di adottare la classificazione delle strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali per persone disabili in base alle caratteristiche tecnico-organizzative e all'intensità assistenziale, illustrata nel documento istruttorio del presente atto, di cui all'allegato A) che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 3) di inserire tale classificazione, quale documento di programmazione attuativa, all'interno del nuovo Piano Sanitario, per la concertazione istituzionale e sociale;
- 4) di rimandare a successivo atto la definizione delle rette per ogni tipologia di struttura prevedendo la possibilità di una loro modulazione attraverso una "pesatura" data dalle valutazioni delle UMOV disabili adulti e dell'età evolutiva sulla base dei bisogni rilevati che tengano conto della complessità degli interventi richiesti, dell'età del soggetto, dell'efficacia dell'attività di riabilitazione e dei livelli d'intensità dell'intervento;
- 5) di riservarsi di dare pratica attuazione alla classificazione, all'applicazione degli standard e al conseguente aggiornamento delle rette con uno specifico provvedimento della Giunta regionale;
- 6) di pubblicare il presente atto nel BUR.

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

f.to Catia Bertinelli

IL PRESIDENTE

f.to Catuscia Marini

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Classificazione delle strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali per persone disabili in base alle caratteristiche tecnico-organizzative e all'intensità assistenziale

La programmazione socio-sanitaria della Regione Umbria ha posto tra i suoi obiettivi prioritari una serie di interventi rivolti all'area della disabilità che consentano continuità della presa in carico delle persone disabili. Tali soggetti necessitano di una pluralità di interventi che vanno ricondotti all'interno di un progetto personalizzato che prevede varie tipologie di prestazioni che possono essere erogate in regime residenzialità, semiresidenzialità, ambulatoriale o domiciliare. In alcune aree di intervento vengono coinvolti sia aspetti sanitari che sociali perché fin dall'inizio tali aspetti risultano inseparabili o perché, in alcune fasi dell'intervento sanitario, si inseriscono problemi di natura sociale dalla cui soluzione dipende l'efficacia dell'intervento sanitario stesso. Sono le cosiddette aree ad elevata integrazione socio-sanitaria, all'interno delle quali le problematiche si modificano nel corso del tempo per l'evolversi delle condizioni dei soggetti seguiti o per il modificarsi del quadro epidemiologico.

Le funzioni riabilitative e socio-sanitarie devono garantire tutti i criteri esplicitati nella Clinical Governance quali ad esempio: equità di accesso alle prestazioni, appropriatezza clinica, continuità assistenziale, efficienza/efficacia degli interventi, partecipazione dell'utenza al percorso.

La definizione a livello regionale delle attività riabilitative e socio-assistenziali nel loro complesso, rivolte a soggetti disabili, deve essere coerente con i suddetti criteri e con le caratteristiche della domanda e dell'offerta socio-sanitaria.

Negli ultimi anni è aumentata la domanda di disponibilità di strutture extra ospedaliere per disabili che siano in grado di rispondere ai bisogni che un soggetto in tale condizione presenta. Da ciò è scaturita l'esigenza di ridefinire l'organizzazione e la gestione delle attività delle strutture extraospedaliere che erogano prestazioni riabilitative e di integrazione socio-sanitaria, al fine di garantire interventi appropriati, continuità dei percorsi di assistenza e cura, supporto alla condizione di cronicità, oltre alla razionalità e sostenibilità nell'uso delle risorse.

La DGR n. 21/2005 rappresenta l'atto di riferimento in cui è stato definito il modello assistenziale e la tipologia degli interventi con la classificazione delle strutture.

La suddetta delibera individua cinque tipologie di intervento modulate sulla compartecipazione della spesa da parte del Fondo Sanitario Regionale e del Fondo Sociale dei Comuni:

- Centro socio riabilitativo ed educativo diurno
- Centro socio riabilitativo ed educativo residenziale
- Comunità alloggio per soggetti disabili gravi
- Famiglie comunità per il “dopo di noi”
- Strutture convenzionate ex art 26 legge 833/1978 (a totale carico del FSR)

Nell'anno 2013 la Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale ha condotto un'indagine conoscitiva sulle strutture extraospedaliere per disabili con l'obiettivo di quantificare e qualificare l'offerta di strutture dedicate all'area della disabilità per attuare una più efficace, adeguata e rispondente programmazione in termini di offerta di servizi specifici. Attraverso tale indagine è stata monitorizzata l'effettiva utilizzazione delle strutture autorizzate e/o accreditate da parte dei cittadini umbri indicando una stima delle necessità di nuove e più rispondenti strutture e della riqualificazione dell'esistente.

Il risultato di tale indagine ha dimostrato che nella ASL Umbria 1 sono presenti n.38 strutture residenziali e semiresidenziali, nella ASL Umbria 2 ne risultano n. 28 per un totale di n. 66 strutture in tutto il territorio regionale. L'attuale offerta erogata dalle strutture presenti appare disomogenea sia in termini di distribuzione territoriale che di tipologia di prestazioni fornite.

Per le motivazioni sopra descritte la Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale ha istituito un gruppo di lavoro per la definizione degli standard strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture extraospedaliere che erogano prestazioni assistenziali, riabilitative e socio-sanitarie nella Regione Umbria.

L'obiettivo della programmazione regionale in materia è stato quello di uniformare i livelli assistenziali alla normativa nazionale e regionale e a quanto previsto in materia dal documento ministeriale denominato “**Mattone 12 - Assistenza residenziale e semiresidenziale**”.

In considerazione di quanto sopra esposto, si propone l'approvazione del documento di cui all'allegato A) che fa parte integrante e sostanziale del presente atto

Perugia, li 26/10/2015

L'istruttore
Mara Zenzeri

FIRMATO

PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA E AMMINISTRATIVA

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta: si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del procedimento e si trasmette al Dirigente per le determinazioni di competenza.

Perugia, li 21/12/2015

Il responsabile del procedimento
Mara Zenzeri

FIRMATO

PARERE DI LEGITTIMITÀ

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta;

Visto il documento istruttorio;

Atteso che sull'atto è stato espresso:

- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;

Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto

Il dirigente di Servizio
Gianni Giovannini

Perugia li 21/12/2015

FIRMATO



Regione Umbria

Giunta Regionale

DIREZIONE REGIONALE SALUTE, COESIONE SOCIALE

OGGETTO: Classificazione delle strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali per persone disabili in base alle caratteristiche tecnico-organizzative e all'intensità assistenziale

PARERE DEL DIRETTORE

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, l.r. n. 2/2005 e 13 del Regolamento approvato con Deliberazione di G.R., 25 gennaio 2006, n. 108:

- riscontrati i prescritti pareri del vigente Regolamento interno della Giunta,
- verificata la coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione,

esprime parere favorevole alla sua approvazione.

Perugia, lì 22/12/2015

IL DIRETTORE
EMILIO DUCA

FIRMATO



Regione Umbria

Giunta Regionale

Assessorato alla Coesione sociale e Welfare

OGGETTO: Classificazione delle strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali per persone disabili in base alle caratteristiche tecnico-organizzative e all'intensità assistenziale

PROPOSTA ASSESSORE

L'Assessore ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto

Perugia, lì 23/12/2015

Assessore Luca Barberini

FIRMATO

Si dichiara il presente atto urgente

Perugia, lì

L'Assessore

**Classificazione delle strutture extraospedaliere
residenziali e semi-residenziali per persone disabili
in base alle caratteristiche tecnico-organizzative e
all'intensità assistenziale**

Dicembre 2015

INDICE

1. Principi generali	4
2. Fonti legislative	5
2.1. Normative nazionali.....	5
2.2. Leggi, atti e regolamenti Regionali	6
3. Classificazione delle strutture	8
3.1. Strutture RD1	8
3.1.1 RD1.1 Strutture di Riabilitazione estensiva extraospedaliera	8
3.1.2 RD1.2 Strutture per i soggetti a Responsività Minimale	8
3.2. Strutture RD2	10
3.2.1 RD2.1 Strutture che erogano prestazioni assistenziali residenziali , ad elevata intensità sanitaria con terapie riabilitative comprensive di riabilitazione psico-educativa e socio-relazionale, erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali e/o con disabilità complessa.....	10
3.2.2 RD2.1 Strutture che erogano prestazioni assistenziali semiresidenziali , ad elevata intensità sanitaria con terapie riabilitative comprensive di riabilitazione psico-educativa e socio-relazionale, erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali e/o con disabilità complessa.....	12
3.2.3 RD2.2 Strutture che erogano prestazioni assistenziali residenziali , ad elevata intensità sanitaria con terapie riabilitative comprensive di riabilitazione psico-educativa e socio-relazionale, erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti giovani adulti (età 18-30 anni) affette da minorazioni plurisensoriali e/o con disabilità complessa.....	15
3.2.4 RD 2.2 Strutture che erogano prestazioni assistenziali semiresidenziali , ad elevata intensità sanitaria con terapie riabilitative comprensive di riabilitazione psico-educativa e socio-relazionale, erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti giovani adulti (età 18-30 anni) affette da minorazioni plurisensoriali e/o con disabilità complessa.	17
3.2.5 RD2.3 Strutture che erogano prestazioni assistenziali residenziali medio-bassa intensità sanitaria con terapie riabilitative comprensive di riabilitazione psico-educativa e socio-relazionale, erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali.....	20

3.2.6 RD2.4 Strutture che erogano prestazioni assistenziali residenziali a bassa intensità sanitaria con terapie riabilitative prevalentemente psico-educativa e socio-relazionale, erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età adulta (sino a 45 anni di età) affette da minorazioni plurisensoriali e/o con disabilità complessa e/o ridotto potenziale riabilitativo.	22
3.3. Strutture RD3	25
3.3.1 RD3.1 Centro Socio-Riabilitativo ed educativo Residenziale per disabili minori.....	25
3.3.2 RD3.1 Centro Socio-Riabilitativo ed educativo Residenziale per disabili adulti	27
3.3.3 RD3.2 Centro Socio-Riabilitativo ed educativo Semiresidenziale diurno per disabili minori	30
3.3.4 RD3.2 Centro Socio-Riabilitativo ed educativo Semiresidenziale diurno per disabili adulti	32
3.3.5 RD3.3 Comunità alloggio per persone disabili gravi	35
3.4. Strutture RD4	38
3.4.1 RD4 Famiglie comunità per il “Dopo di noi”	38

1. Principi generali

Il Gruppo di lavoro istituito ha provveduto a regolamentare i requisiti delle strutture tenendo conto dei seguenti criteri :

- classificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali che erogano prestazioni sanitarie e socio sanitarie a soggetti disabili in relazione all'intensità assistenziale;
- definizione dei relativi standard strutturali, tecnologici ed organizzativi;

Gli standard, così individuati, costituiranno i requisiti minimi specifici per il rilascio dell'autorizzazione sanitaria all'esercizio dell'attività e per l'accreditamento Istituzionale.

In accordo con il documento "Mattoni 12" la materia affrontata riguarda la seguente definizione: *"Si intendono per prestazioni residenziali e semiresidenziali il complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti non assistibili a domicilio all'interno di nuclei accreditati per la specifica funzione"*.

La prestazione non è quindi un singolo atto assistenziale, ma il complesso dell'assistenza erogata.

La prestazione si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie"¹ svolte di norma in regime ospedaliero o in strutture extraospedaliere specializzate per la riabilitazione.

Questo documento fornisce i criteri di riclassificazione delle strutture per Disabili Adulti ².

L'accesso alle strutture socio-sanitarie regolarmente autorizzate è di competenza esclusiva della Unità di Valutazione Multidisciplinare competente territorialmente, così come le successive rivalutazioni per il prolungamento dei cicli e la decisione della dimissione e/o passaggio ad altro modulo.

A quanto sopra fa eccezione il modulo di riabilitazione estensiva extraospedaliera che segue il percorso stabilito all'interno del processo strettamente riabilitativo (RD 1.1). Si veda a proposito la DGR 1985 del 22/11/2006.

¹ Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie

² Fino a 65 anni

2. Fonti legislative

Le fonti legislative e gli atti da cui si prende spunto per la definizione degli standard per le prestazioni residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità sono:

2.1. Normative nazionali

1. Legge 5 febbraio 1992 n. 104 *“Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”*;
2. Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 Nel testo sono inserite le modifiche apportate dalle successive disposizioni, da ultimo con il Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999, recante: *“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”*, e successivi.
3. DPR 14 gennaio 1997 *“Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*;
4. Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 *“Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale a norma dell’art.1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”*
5. Legge 8 novembre 2000, n. 328 *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*;
6. DPCM 14 febbraio 2001 *“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”*;
7. Decreto 21 maggio 2001 n. 308 *“Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale, a norma dell’articolo 11 della Legge 8 novembre 2000, n. 328”*;
8. DPCM 29 novembre 2001 *“Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”*;
9. *Piano Sanitario Nazionale 2011- 2013*;
10. Documento del Ministero della Salute *“Progetto Mattone – 12 - Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali” – Relazione Finale pubblicato il 25 settembre 2006*;

11. Documento del Ministero della Salute "Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali"
Approvato nella seduta del 30 maggio 2007 dalla Commissione Nazionale per la
Definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza;
12. Quaderni del Ministero della Salute n.8, marzo-aprile 2011 "La centralità della
Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali"
13. *Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e
di Bolzano concernente il "Piano di indirizzo per la riabilitazione". 2011*
14. *Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e
Bolzano sulle linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e
stato di minima coscienza. 2011*

2.2. Leggi, atti e regolamenti Regionali

1. Legge Regionale n. 18 del 12 novembre 2012 "*Ordinamento del Sistema Sanitario
Regionale*"
2. Regolamento regionale n. 2 del 25 febbraio 2000 "*Disciplina dell'autorizzazione alla
realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie*";
3. Regolamento regionale n. 3 del 31 luglio 2002 "*Disciplina in materia di
accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie*";
4. DGR n. 391 del 27 marzo 2002 "*Definizione tariffe regionali di riferimento da
applicare nei rapporti tra il Servizio Sanitario Regionale e residenze protette per
l'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti*";
5. *Piano Sanitario Regionale 2009-2011*;
6. DGR n. 53 del 4 febbraio 2004 "*Criteri per l'applicazione delle disposizioni del PSR
relative ai requisiti organizzativi delle residenze protette per anziani non
autosufficienti*"
7. DGR n. 1147 del 28 luglio 2004 "*Linee di indirizzo per la riabilitazione estensiva*"
8. DGR n. 21 del 12 gennaio 2005 "*Approvazione atto di indirizzo regionale in materia
di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001*";
9. DGR n. 584 del 30 marzo 2005 "*Strutture destinate alla residenzialità permanente
per persone disabili gravi. Determinazioni*";
10. DGR n. 602 del 30 marzo 2005 "*Rideterminazioni tariffe per strutture di
riabilitazione che intrattengono rapporti provvisori con il S.S.N.*";

11. DGR 1985 del 22 novembre 2006 "*Definizione percorsi assistenziali tra reparti per acuti della rete ospedaliera regionale e strutture riabilitative*";
12. DGR n. 1839 del 19 novembre 2007 "*Provvedimento ricognizione strutture sanitarie e socio sanitarie riconosciute provvisoriamente accreditate ai sensi art. 8 quater D.L.G. 502/92 e art. 1, c. 796, lettere s), t), u) L. 296/2006*";
13. Legge Regionale 4 giugno 2008, n. 9 "*Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni*";
14. DGR n. 1932 del 22/12/2008 "*Piano regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA) 2009-2011. Approvazione. Trasmissione al Consiglio Regionale*";
15. DGR n. 363 del 23 marzo 2009 "*Autorizzazione delle Strutture per soggetti a Responsività Minimale: requisiti minimi specifici*";
16. DGR n. 1570 del 9 novembre 2009 "*Linee guida per l'attuazione del modello organizzativo del Piano Sanitario Regionale 2009/2011 in materia di riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera*";
17. DGR n. 1090 del 26/07/2010 "*Strutture di Riabilitazione estensiva extraospedaliera: requisiti minimi specifici - sistemi di remunerazione*";
18. DGR n. 1114 del 26/07/2010 "*Istituzione della Rete Regionale della Riabilitazione*";
19. DGR n. 297 del 19/03/2012 "*Recepimento Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza*";
20. DGR n. 1324 del 29/10/2012 "*Recepimento Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento concernente "Piano d'indirizzo per la riabilitazione"*"

3. Classificazione delle strutture

All'interno di ogni struttura, così come di seguito classificata (**RD**), è possibile prevedere nuclei che svolgano contestualmente livelli assistenziali diversi. La Struttura può comporsi di 1 o più nuclei fino ad un massimo di 3 (60 posti).

3.1. Strutture RD1

3.1.1 RD1.1 Strutture di Riabilitazione estensiva extraospedaliera

Per tale codice di attività, con DGR n. 1090 del 26/07/2010, la Giunta Regionale ha già deliberato le caratteristiche autorizzative; va soltanto rideterminata la parte degli "standard qualificanti" così come di seguito riportati:

Riabilitazione estensiva extraospedaliera

Standard minimi qualificanti di personale	Nuclei di massimo 20 pazienti <ul style="list-style-type: none">• Medico con responsabilità di Direzione (6h/sett)• Assistenza globale 22 ore/pz./sett. (185 min/pz/die su 7 giorni) (40% infermieri 60%OSS). L'assistenza globale è riferita al totale dei min lavorati giornalmente da infermieri professionali e OSS.<ul style="list-style-type: none">a. Infermiere presente 24hb. OSS presente 24h• Assistenza medica (300 min/die per nucleo su 6 giorni)• Terapia Riab \geq 6 ore/pz/sett. (60 min/pz/die su 6 giorni) <p><small>L'assistenza indicata come copertura oraria 24 h è riferita alla presenza nelle 24 h nel nucleo della figura professionale indicata.</small></p>
--	--

3.1.2 RD1.2 Strutture per i soggetti a Responsività Minimale

Per tale codice di attività, con DGR n. 363 del 23/03/2009, la Giunta Regionale ha già deliberato le caratteristiche autorizzative; va soltanto rideterminata la parte degli "standard qualificanti" e la tariffa così come di seguito riportato:

Strutture per i soggetti a Responsività Minimale

Standard minimi qualificanti di personale	<p>Nuclei di massimo 20 pazienti</p> <ul style="list-style-type: none">• Assistenza globale ≥ 26 ore/pz./sett. (222 min/pz./die su 7 giorni) (40% infermieri 60%OSS). L'assistenza globale è riferita al totale dei min lavorati giornalmente da infermieri e OSS.<ul style="list-style-type: none">a. Infermiere 24hb. OSS 24h• Assistenza medica (675 min/die per nucleo su 6 giorni)• Terapia Riab ≥ 3 ore/paz/sett. (30 min/pz./die su 6 giorni) <p>L'assistenza indicata come copertura oraria 24 h è riferita all presenza nelle 24 h nel nucleo della figura professionale indicata.</p>
--	---

3.2. Strutture RD2

3.2.1 RD2.1 Strutture che erogano prestazioni assistenziali residenziali, ad elevata intensità sanitaria con terapie riabilitative comprensive di riabilitazione psico-educativa e socio-relazionale, erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali e/o con disabilità complessa.

RD2.1	Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività sanitarie, assistenziali, riabilitative e psico-educative e didattiche. Il trattamento per ogni livello riabilitativo è organizzato sulla base del Piano Riabilitativo Individualizzato (di seguito PRI) ed ha una durata variabile in relazione agli obiettivi a breve, medio o lungo termine da raggiungere. Il rinnovo delle prestazioni avverrà previa valutazione della UVM territorialmente competente. Spetta alla UVM territorialmente competente anche l'eventuale ridefinizione di un setting riabilitativo - assistenziale diverso dalla tipologia RD2.1 , in assenza di un potenziale riabilitativo secondo i criteri della SVAMDI.
Requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi generali	Devono essere rispettati tutti i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici generali previsti dal DPR 14/01/1997 <i>“Approvazione atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”</i> In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali.
Requisiti minimi strutturali tecnologici specifici	Relativamente ai requisiti specifici si fa riferimento al DPR 14/01/1997 , capitolo “Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali” e a quanto di seguito stabilito – Camere 12/18 mq. con bagno attrezzato per non autosufficienza ogni 4 posti letto – Bagno assistito (1 per nucleo da 20) – Spazi per operatori sanitari – Refettorio, spazi comuni, locali e palestra per terapie riabilitative – I locali di trattamento sono dotati di attrezzature e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura
Requisiti	La Struttura RD2.1 deve utilizzare un modello organizzativo che

<p>organizzativi minimi specifici</p>	<p>preveda:</p> <p>Esistenza équipe pluridisciplinare composta dal seguente personale: Neuropsichiatra infantile, Psicologo, Psichiatra, Fisiatra, Neurologo, Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista Occupazionale, Educatore professionale, assistente sociale, OSS;</p> <p>Per ogni singolo paziente deve essere redatto un Progetto Riabilitativo dall'équipe multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità;</p> <p>Devono essere garantiti una adeguata informazione e l'accesso del familiare alla struttura nonché specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita;</p> <p>Deve esistere un sistema di raccolta e registrazione di rilievi funzionali presentati dagli utenti.</p> <p>Inoltre attraverso l'integrazione con la competente UVM e i servizi territoriali delle USL deve garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici, e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente; - stesura di un progetto riabilitativo individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati; - lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare; - raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività del RD 2.1 disponibile insieme alla documentazione clinica e sociale in archivio presso la sede in cui alloggia l'ospite; - coinvolgimento della famiglia dell'ospite; - il sistema informativo secondo quanto richiesto dalla normativa vigente in tema di flussi di governo; - La struttura deve garantire tutte le procedure previste dalla normativa finalizzate all'integrazione scolastica. <p>Documenti da produrre sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carta dei Servizi; - Piano annuale di Programmazione - Piano riabilitativo individuale 		
<p>Standard minimi qualificanti di personale</p>	<p>Nuclei di massimo 20 pazienti</p> <p>Il carico assistenziale e specialistico della struttura si articola come segue</p> <table border="1" data-bbox="421 1917 1442 1998"> <tr> <td data-bbox="421 1917 919 1998">ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS,</td> <td data-bbox="919 1917 1442 1998">420 minuti/paziente/die</td> </tr> </table>	ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS,	420 minuti/paziente/die
ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS,	420 minuti/paziente/die		

	INFERMIERE)	
	ASSISTENZA RIABILITATIVA COMPRENSIVA DI RIABILITAZIONE PSICOEDUCATIVA E SOCIO-RELAZIONALE (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista occupazionale, Educatore professionale)	180 minuti/paziente/die
	ASSISTENZA SOCIALE	10 ore/settimana/nucleo
	ASSISTENZA SPECIALISTICA (Neuropsichiatra Infantile, Psichiatra, Psicologo, Fisiatra, Neurologo)	21 ore/settimana/nucleo
Competenza autorizzativa	La competenza autorizzativa spetta ai competenti uffici regionali della Direzione Regionale Salute e coesione sociale secondo quanto previsto dal <i>D.Lgs 502/92</i> e succ. mod. e dal Regolamento regionale n. 2 del 25 febbraio 2000 <i>“Disciplina dell’autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie”</i> .	
Fonte di Finanziamento	100% FSN <i>DPCM 14 febbraio 2001</i>	

3.2.2 RD2.1 Strutture che erogano prestazioni assistenziali semiresidenziali, ad elevata intensità sanitaria con terapie riabilitative comprensive di riabilitazione psico-educativa e socio-relazionale, erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali e/o con disabilità complessa.

RD2.1	Le prestazioni di questo tipo sono erogate in strutture diurne per 6 giorni settimanali per sette ore/die. Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali, riabilitative e quelle psico-educative e didattiche. Il trattamento per ogni livello riabilitativo è organizzato sulla base del PRI ed ha una durata variabile in relazione agli obiettivi a breve, medio o lungo termine da raggiungere. Il rinnovo delle prestazioni avverrà, previa valutazione della UVM territorialmente competente. Spetta alla UVM territorialmente competente anche l’eventuale ridefinizione di un setting assistenziale – riabilitativo diverso dalla tipologia RD2.1 , in assenza di un potenziale riabilitativo secondo i criteri della SVAMDI.
Requisiti minimi strutturali,	Devono essere rispettati tutti i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici generali previsti dal DPR 14/01/1997 <i>“Approvazione atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle</i>

<p>tecnologici e organizzativi generali</p>	<p><i>province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”</i></p> <p>In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali.</p>
<p>Requisiti minimi strutturali tecnologici specifici</p>	<p>Relativamente ai requisiti specifici si fa riferimento al capitolo “Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali” del DPR 14.01.1997 e a quanto di seguito stabilito</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bagno assistito (1 per nucleo da 20) – Spazi per operatori sanitari – Refettorio, spazi comuni, locali e palestra per terapie riabilitative – I locali di trattamento sono dotati di attrezzature e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura
<p>Requisiti minimi organizzativi</p>	<p>La Struttura RD2.1 deve utilizzare un modello organizzativo che preveda:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Esistenza équipe pluridisciplinare composta dal seguente personale: Neuropsichiatra infantile, Psichiatra, Psicologo, Fisiatra, (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista Occupazionale, Educatore professionale) (Infermieri), (assistente sociale); – Per ogni singolo paziente deve essere redatto un Progetto Riabilitativo dall'équipe multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità; – Devono essere garantiti una adeguata informazione e l'accesso del familiare alla struttura nonché specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita; – Deve esistere un sistema di raccolta e registrazione di rilievi funzionali presentati dagli utenti. <p>Inoltre attraverso l'integrazione con la competente UVM e i servizi territoriali delle USL deve garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> – valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici, e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente; – stesura di un progetto riabilitativo individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati; – lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le

	<p>logiche dell'équipe interdisciplinare;</p> <ul style="list-style-type: none"> – raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività del RD2.1 disponibile insieme alla documentazione clinica e sociale in archivio presso la sede in cui alloggia l'ospite; – coinvolgimento della famiglia dell'ospite; – il sistema informativo secondo quanto richiesto dalla normativa vigente in tema di flussi di governo <p>Documenti da produrre sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Carta dei Servizi; – Piano annuale di Programmazione – Piano riabilitativo individuale 								
<p>Standard minimi qualificanti di personale</p>	<p>Nuclei di massimo 20 pazienti</p> <p>Il carico assistenziale e specialistico della struttura si articola come segue:</p> <table border="1" data-bbox="419 907 1442 1357"> <tr> <td data-bbox="419 907 951 1019">ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)</td> <td data-bbox="951 907 1442 1019">200 minuti/paziente/die</td> </tr> <tr> <td data-bbox="419 1019 951 1160">ASSISTENZA RIABILITATIVA (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista occupazionale, Educatore professionale)</td> <td data-bbox="951 1019 1442 1160">90 minuti/paziente/die</td> </tr> <tr> <td data-bbox="419 1160 951 1245">ASSISTENZA SOCIALE</td> <td data-bbox="951 1160 1442 1245">6 ore/settimana/nucleo</td> </tr> <tr> <td data-bbox="419 1245 951 1357">ASSISTENZA SPECIALISTICA (Neuropsichiatra infantile, Psichiatra, Psicologo, Fisiatra)</td> <td data-bbox="951 1245 1442 1357"></td> </tr> </table>	ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)	200 minuti/paziente/die	ASSISTENZA RIABILITATIVA (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista occupazionale, Educatore professionale)	90 minuti/paziente/die	ASSISTENZA SOCIALE	6 ore/settimana/nucleo	ASSISTENZA SPECIALISTICA (Neuropsichiatra infantile, Psichiatra, Psicologo, Fisiatra)	
ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)	200 minuti/paziente/die								
ASSISTENZA RIABILITATIVA (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista occupazionale, Educatore professionale)	90 minuti/paziente/die								
ASSISTENZA SOCIALE	6 ore/settimana/nucleo								
ASSISTENZA SPECIALISTICA (Neuropsichiatra infantile, Psichiatra, Psicologo, Fisiatra)									
<p>Competenza autorizzativa</p>	<p>La competenza autorizzativa spetta ai competenti uffici regionali della Direzione Regionale Salute e coesione sociale secondo quanto previsto dal <i>D.Lgs 502/92</i> e succ. mod. e dal Regolamento regionale n. 2 del 25 febbraio 2000 <i>"Disciplina dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie"</i>.</p>								
<p>Fonte di Finanziamento</p>	<p>100% FSN <i>DPCM 14 febbraio 2001</i></p>								

3.2.3 RD2.2 Strutture che erogano prestazioni assistenziali residenziali, ad elevata intensità sanitaria con terapie riabilitative comprensive di riabilitazione psico-educativa e socio-relazionale, erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti giovani adulti (età 18-30 anni) affette da minorazioni plurisensoriali e/o con disabilità complessa.

<p>RD2.2</p>	<p>Le prestazioni di questo tipo sono connotate da un impegno riabilitativo minimale e dalla stretta integrazione tra l'attività sanitaria, l'elevata attività assistenziale e quella psico-educativa. Le prestazioni sono organizzate sulla base del PRI ed hanno una durata variabile in relazione agli obiettivi a breve, medio o lungo termine da raggiungere. Il rinnovo delle prestazioni avverrà, previa valutazione della UVM territorialmente competente. Spetta alla UVM territorialmente competente anche l'eventuale ridefinizione di un setting assistenziale – riabilitativo diverso dalla tipologia RD2.2.</p>
<p>Requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi generali</p>	<p>Devono essere rispettati tutti i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici generali previsti dal DPR 14/01/1997 <i>“Approvazione atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”</i></p> <p>In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali.</p>
<p>Requisiti minimi strutturali tecnologici specifici</p>	<p>Relativamente ai requisiti specifici si fa riferimento al DPR 14/01/1997, capitolo “Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali” e a quanto di seguito stabilito</p> <ul style="list-style-type: none"> – Camere 12/18 mq. con bagno attrezzato per non autosufficienza ogni 4 posti letto – Bagno assistito (1 per nucleo da 20) – Spazi per operatori sanitari – Refettorio, spazi comuni, locali e palestra per terapie riabilitative – I locali di trattamento sono dotati di attrezzature e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura
<p>Requisiti minimi organizzativi</p>	<p>La Struttura RD2.2 deve utilizzare un modello organizzativo che preveda:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Esistenza équipe pluridisciplinare composta da personale: Psicologo, Fisiatra, Neurologo, Psichiatra, Fisioterapista, Logopedista,

	<p>Psicomotricista, Terapista Occupazionale, Educatore Professionale, Infermieri assistente sociale e OSS;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Per ogni singolo paziente deve essere redatto un Progetto Riabilitativo dall'équipe multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità; – Devono essere garantiti una adeguata informazione e l'accesso del familiare alla struttura nonché specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita; – Deve esistere un sistema di raccolta e registrazione di rilievi funzionali presentati dagli utenti. <p>Inoltre attraverso l'integrazione con la competente UMV e i servizi territoriali delle USL deve garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> – valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici, e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente; – stesura di un progetto riabilitativo individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati; – lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare; – raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività del RD2.2 disponibile insieme alla documentazione clinica e sociale in archivio presso la sede in cui alloggia l'ospite; – coinvolgimento della famiglia dell'ospite; – il sistema informativo secondo quanto richiesto dalla normativa vigente in tema di flussi di governo <p>Documenti da produrre sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Carta dei Servizi; – Piano annuale di Programmazione – Piano riabilitativo individuale 				
<p>Standard minimi qualificanti di personale</p>	<p>Il carico assistenziale e specialistico della struttura si articola come segue</p> <table border="1" data-bbox="421 1675 1442 1975"> <tr> <td data-bbox="421 1675 932 1787">ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, Infermieri)</td> <td data-bbox="932 1675 1442 1787">360 minuti/paziente/die</td> </tr> <tr> <td data-bbox="421 1787 932 1975">ASSISTENZA RIABILITATIVA (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista occupazionale, Educatore professionale)</td> <td data-bbox="932 1787 1442 1975">120 minuti/paziente/die</td> </tr> </table>	ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, Infermieri)	360 minuti/paziente/die	ASSISTENZA RIABILITATIVA (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista occupazionale, Educatore professionale)	120 minuti/paziente/die
ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, Infermieri)	360 minuti/paziente/die				
ASSISTENZA RIABILITATIVA (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista occupazionale, Educatore professionale)	120 minuti/paziente/die				

	ASSISTENZA SOCIALE	10 ore/settimana/nucleo
	ASSISTENZA SPECIALISTICA (Psicologo, Fisiatra, Neurologo, Psichiatra)	18 ore/settimana/nucleo
Competenza autorizzativa	La competenza autorizzativa spetta ai competenti uffici regionali della Direzione Regionale Salute e coesione sociale secondo quanto previsto dal <i>D.Lgs 502/92</i> e succ. mod. e dal Regolamento regionale n. 2 del 25 febbraio 2000 <i>“Disciplina dell’autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie”</i> .	
Fonte di Finanziamento	100% FSN DPCM 14 febbraio 2001	

3.2.4 RD2.2 Strutture che erogano prestazioni assistenziali semiresidenziali, ad elevata intensità sanitaria con terapie riabilitative comprensive di riabilitazione psico-educativa e socio-relazionale, erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti giovani adulti (età 18-30 anni) affette da minorazioni plurisensoriali e/o con disabilità complessa.

RD2.2	Le prestazioni di questo tipo sono erogate in strutture diurne per 6 giorni settimanali per sette ore/die e sono connotate da un impegno riabilitativo minimale e dalla stretta integrazione tra l’attività sanitaria, l’elevata attività assistenziale e quella psico-educativa. Le prestazioni sono organizzate sulla base del PRI ed hanno una durata variabile in relazione agli obiettivi a breve, medio o lungo termine da raggiungere. Il rinnovo delle prestazioni avverrà, previa valutazione della UVM territorialmente competente. Spetta alla UVM territorialmente competente anche l’eventuale ridefinizione di un setting assistenziale – riabilitativo diverso dalla tipologia RD2.2 .
Requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi generali	<p>Devono essere rispettati tutti i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici generali previsti dal DPR 14/01/1997 <i>“Approvazione atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”</i></p> <p>In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali.</p>

<p>Requisiti minimi strutturali tecnologici specifici</p>	<p>Relativamente ai requisiti specifici si fa riferimento al capitolo “Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali” del DPR 14.01.1997 e a quanto di seguito stabilito</p> <p>Bagno assistito (1 per nucleo da 20)</p> <p>Spazi per operatori sanitari</p> <p>Refettorio, spazi comuni, locali e palestra per terapie riabilitative</p> <p>I locali di trattamento sono dotati di attrezzature e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura</p>
<p>Requisiti minimi organizzativi</p>	<p>La Struttura RD2.2 deve utilizzare un modello organizzativo che preveda:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Esistenza équipe pluridisciplinare composta da personale: Psichiatra, Psicologo, Fisiatra, Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista Occupazionale, Educatore Professionale, Infermieri assistente sociale e OSS; – Per ogni singolo paziente deve essere redatto un Progetto Riabilitativo dall'équipe multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità; – Devono essere garantiti una adeguata informazione e l'accesso del familiare alla struttura nonché specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita; – Deve esistere un sistema di raccolta e registrazione di rilievi funzionali presentati dagli utenti; <p>Inoltre attraverso l'integrazione con la competente UVM e i servizi territoriali delle USL deve garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> – valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici, e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente; – stesura di un progetto riabilitativo individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati; – lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare; – raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività del RD2.2 disponibile insieme alla documentazione clinica e sociale in archivio presso la

	<p>sede in cui alloggia l'ospite;</p> <ul style="list-style-type: none"> – coinvolgimento della famiglia dell'ospite; – il sistema informativo secondo quanto richiesto dalla normativa vigente in tema di flussi di governo <p>Documenti da produrre sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Carta dei Servizi; – Piano annuale di Programmazione – Piano riabilitativo individuale 								
Standard minimi qualificanti di personale	<p>Nuclei di massimo 20 pazienti</p> <p>Il carico assistenziale e specialistico della struttura si articola come segue</p> <table border="1"> <tr> <td>ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)</td> <td>180 minuti/paziente/die</td> </tr> <tr> <td>ASSISTENZA RIABILITATIVA (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista occupazionale, Educatore professionale)</td> <td>60 minuti/paziente/die</td> </tr> <tr> <td>ASSISTENZA SOCIALE</td> <td>6 ore/settimana/nucleo</td> </tr> <tr> <td>ASSISTENZA SPECIALISTICA (Psicologo, Fisiatra, Neurologo, Psichiatra)</td> <td></td> </tr> </table>	ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)	180 minuti/paziente/die	ASSISTENZA RIABILITATIVA (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista occupazionale, Educatore professionale)	60 minuti/paziente/die	ASSISTENZA SOCIALE	6 ore/settimana/nucleo	ASSISTENZA SPECIALISTICA (Psicologo, Fisiatra, Neurologo, Psichiatra)	
ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)	180 minuti/paziente/die								
ASSISTENZA RIABILITATIVA (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista occupazionale, Educatore professionale)	60 minuti/paziente/die								
ASSISTENZA SOCIALE	6 ore/settimana/nucleo								
ASSISTENZA SPECIALISTICA (Psicologo, Fisiatra, Neurologo, Psichiatra)									
Competenza autorizzativa	<p>La competenza autorizzativa spetta ai competenti uffici regionali della Direzione Regionale Salute e coesione sociale secondo quanto previsto dal D.Lgs 502/92 e succ. mod. e dal Regolamento regionale n. 2 del 25 febbraio 2000 <i>“Disciplina dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie”</i>.</p>								
Fonte di Finanziamento	<p>100% FSN</p> <p><i>DPCM 14 febbraio 2001</i></p>								

3.2.5 RD2.3 Strutture che erogano prestazioni assistenziali residenziali medio-bassa intensità sanitaria con terapie riabilitative comprensive di riabilitazione psico-educativa e socio-relazionale, erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali.

<p>RD2.3</p>	<p>Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali, riabilitative e quelle psico-educative e didattiche. Il trattamento per ogni livello riabilitativo è organizzato sulla base del PRI ed ha una durata variabile in relazione agli obiettivi a breve, medio o lungo termine da raggiungere. Il rinnovo delle prestazioni avverrà, previa valutazione della UVM territorialmente competente. Spetta alla UVM territorialmente competente anche l'eventuale ridefinizione di un setting assistenziale – riabilitativo diverso dalla tipologia RD2.3, in assenza di un potenziale riabilitativo secondo i criteri della SVAMDI.</p>
<p>Requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi generali</p>	<p>Devono essere rispettati tutti i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici generali previsti dal DPR 14/01/1997 <i>“Approvazione atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”</i></p> <p>In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali.</p>
<p>Requisiti minimi strutturali tecnologici specifici</p>	<p>Relativamente ai requisiti specifici si fa riferimento al DPR 14/01/1997, capitolo “Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali” e a quanto di seguito stabilito</p> <ul style="list-style-type: none"> – Camere 12/18 mq. con bagno attrezzato per non autosufficienza ogni 4 posti letto – Bagno assistito (1 per nucleo da 20) – Spazi per operatori sanitari – Refettorio, spazi comuni, locali e palestra per terapie riabilitative – I locali di trattamento sono dotati di attrezzature e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura
<p>Requisiti organizzativi minimi specifici</p>	<p>La Struttura RD2.3 deve utilizzare un modello organizzativo che preveda:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Esistenza équipe pluridisciplinare composta da personale: Neuropsichiatra infantile, Psichiatra, Psicologo, Fisiatra, Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista Occupazionale, Educatore

	<p>Professionale, Infermieri assistente sociale e OSS;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Per ogni singolo paziente deve essere redatto un Progetto Riabilitativo dall'équipe multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità; – Devono essere garantiti una adeguata informazione e l'accesso del familiare alla struttura nonché specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita; – Deve esistere un sistema di raccolta e registrazione di rilievi funzionali presentati dagli utenti. <p>Inoltre attraverso l'integrazione con la competente UVM e i servizi territoriali delle USL deve garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> – valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici, e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente; – stesura di un progetto riabilitativo individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati; – lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare; – raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività del RD2.3 disponibile insieme alla documentazione clinica e sociale in archivio presso la sede in cui alloggia l'ospite; – coinvolgimento della famiglia dell'ospite; – il sistema informativo secondo quanto richiesto dalla normativa vigente in tema di flussi di governo. <p>Documenti da produrre sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Carta dei Servizi; – Piano annuale di Programmazione – Piano riabilitativo individuale 						
<p>Standard minimi qualificanti di personale</p>	<p>Nuclei di massimo 20 pazienti</p> <p>Il carico assistenziale e specialistico della struttura si articola come segue</p> <table border="1" data-bbox="419 1653 1441 1986"> <tr> <td data-bbox="419 1653 919 1765">ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)</td> <td data-bbox="919 1653 1441 1765">300 minuti/paziente/die</td> </tr> <tr> <td data-bbox="419 1765 919 1906">ASSISTENZA RIABILITATIVA (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista occupazionale)</td> <td data-bbox="919 1765 1441 1906">120 minuti/paziente/die</td> </tr> <tr> <td data-bbox="419 1906 919 1986">ASSISTENZA SOCIALE</td> <td data-bbox="919 1906 1441 1986">6 ore/settimana/nucleo</td> </tr> </table>	ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)	300 minuti/paziente/die	ASSISTENZA RIABILITATIVA (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista occupazionale)	120 minuti/paziente/die	ASSISTENZA SOCIALE	6 ore/settimana/nucleo
ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)	300 minuti/paziente/die						
ASSISTENZA RIABILITATIVA (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Terapista occupazionale)	120 minuti/paziente/die						
ASSISTENZA SOCIALE	6 ore/settimana/nucleo						

	ASSISTENZA SPECIALISTICA (Neuropsichiatra Infantile, Psichiatra, Psicologo, Fisiatra)	6 ore/settimana/nucleo
Competenza autorizzativa	La competenza autorizzativa spetta ai competenti uffici regionali della Direzione Regionale Salute e coesione sociale secondo quanto previsto dal <i>D.Lgs 502/92</i> e succ. mod. e dal Regolamento regionale n. 2 del 25 febbraio 2000 <i>“Disciplina dell’autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie”</i> .	
Fonte di Finanziamento	100% FSN <i>DPCM 14 febbraio 2001</i>	

3.2.6 RD2.4 Strutture che erogano prestazioni assistenziali residenziali a bassa intensità sanitaria con terapie riabilitative prevalentemente psico-educativa e socio-relazionale, erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età adulta (sino a 45 anni di età) affette da minorazioni plurisensoriali e/o con disabilità complessa e/o ridotto potenziale riabilitativo.

RD2.4	Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali, riabilitative e quelle psico-educative. Il trattamento per ogni livello riabilitativo è organizzato sulla base del PRI ed ha una durata variabile in relazione agli obiettivi a breve, medio o lungo termine da raggiungere. Il rinnovo delle prestazioni avverrà, previa valutazione della UVM territorialmente competente. Spetta alla UVM territorialmente competente anche l’eventuale ridefinizione di un setting assistenziale – riabilitativo diverso dalla tipologia RD2.4 .	
Requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi generali	<p>Devono essere rispettati tutti i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici generali previsti dal DPR 14/01/1997 <i>“Approvazione atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”</i></p> <p>In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali.</p>	
Requisiti minimi strutturali	Relativamente ai requisiti specifici si fa riferimento al DPR 14/01/1997 , capitolo “Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali” e a quanto di seguito	

<p>tecnologici specifici</p>	<p>stabilito</p> <ul style="list-style-type: none"> – Camere 12/18 mq. con bagno attrezzato per non autosufficienza ogni 4 posti letto – Bagno assistito (1 per nucleo da 20) – Spazi per operatori sanitari – Refettorio, spazi comuni, locali e palestra per terapie riabilitative – I locali di trattamento sono dotati di attrezzature e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura
<p>Requisiti organizzativi minimi specifici</p>	<p>La Struttura RD2.4 deve utilizzare un modello organizzativo che preveda:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Esistenza équipe pluridisciplinare composta da: Neurologo, Psichiatra, Psicologo, Fisiatra, Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, Infermieri, Assistente sociale, OSS, Educatore professionale; – Per ogni singolo paziente deve essere redatto un Progetto Riabilitativo dall'équipe multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità; – Devono essere garantiti una adeguata informazione e l'accesso del familiare alla struttura nonché specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita; – Deve esistere un sistema di raccolta e registrazione di rilievi funzionali presentati dagli utenti. <p>Inoltre attraverso l'integrazione con la competente UVM e i servizi territoriali delle USL deve garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> – valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici, e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente; – stesura di un progetto riabilitativo individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati; – lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare; – raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività del RD2.4 disponibile insieme alla documentazione clinica e sociale in archivio presso la sede in cui alloggia l'ospite; – coinvolgimento della famiglia dell'ospite; – all'interno della struttura si potrà prevedere l'inserimento di ospiti da 25/30 anni fino a 45 anni; – il sistema informativo secondo quanto richiesto dalla normativa vigente in tema di flussi di governo. <p>Documenti da produrre sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Carta dei Servizi;

	<ul style="list-style-type: none"> – Piano annuale di Programmazione; – Piano riabilitativo individuale. 								
Standard minimi qualificanti di personale	<p>Nuclei di massimo 20 pazienti</p> <p>Il carico assistenziale e specialistico della struttura si articola come segue</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)</td> <td style="width: 40%;">200 minuti/paziente/die</td> </tr> <tr> <td>ASSISTENZA RIABILITATIVA (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, educatore professionale)</td> <td>60 minuti/paziente/die</td> </tr> <tr> <td>ASSISTENZA SOCIALE</td> <td>6 ore/settimana/nucleo</td> </tr> <tr> <td>ASSISTENZA SPECIALISTICA (Neurologo, Psichiatra, Psicologo, Fisiatra)</td> <td>6 ore/settimana/nucleo</td> </tr> </table>	ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)	200 minuti/paziente/die	ASSISTENZA RIABILITATIVA (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, educatore professionale)	60 minuti/paziente/die	ASSISTENZA SOCIALE	6 ore/settimana/nucleo	ASSISTENZA SPECIALISTICA (Neurologo, Psichiatra, Psicologo, Fisiatra)	6 ore/settimana/nucleo
ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)	200 minuti/paziente/die								
ASSISTENZA RIABILITATIVA (Fisioterapista, Logopedista, Psicomotricista, educatore professionale)	60 minuti/paziente/die								
ASSISTENZA SOCIALE	6 ore/settimana/nucleo								
ASSISTENZA SPECIALISTICA (Neurologo, Psichiatra, Psicologo, Fisiatra)	6 ore/settimana/nucleo								
Competenza autorizzativa	<p>La competenza autorizzativa spetta ai competenti uffici regionali della Direzione Regionale Salute e coesione sociale secondo quanto previsto dal <i>D.Lgs 502/92</i> e succ. mod. e dal Regolamento regionale n. 2 del 25 febbraio 2000 <i>“Disciplina dell’autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie”</i>.</p>								
Fonte di Finanziamento	<p>100% FSN</p> <p><i>DPCM 14 febbraio 2001</i></p>								

3.3. Strutture RD3

3.3.1 RD3.1 Centro Socio-Riabilitativo ed educativo Residenziale per disabili minori

RD3.1	<p>Strutture che erogano prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, erogate in nuclei dedicati a minori disabili sino a 18-20 anni di età non autosufficienti che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento di attività quotidiane, interventi riabilitativi abilitativi e didattici, psico – educativi e socio relazionali.</p> <p>L'ammissione nel modulo di tipo RD3.1 avviene con progetto e verifiche periodiche da parte della UVM territorialmente competente.</p>
Requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi generali	<p>Devono essere rispettati tutti i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici generali previsti dal DPR 14/01/1997.</p>
Requisiti minimi strutturali tecnologici specifici	<p>Per i presidi a ciclo continuativo devono essere previsti per ogni nucleo:</p> <ul style="list-style-type: none">– Camere 12/18 mq. con bagno attrezzato per non autosufficienza ogni 4 posti letto.– Bagno assistito 1 per nucleo– Servizi igienici degli spazi comuni (1 ogni 10 ospiti) attrezzati per la non autosufficienza;– Soggiorno/pranzo, cucinetta;– Locali per attività psico-educative e socio- relazionali, (pedagogico-educativa, occupazionale, tempo libero), attività di laboratorio, attività riabilitative;– Servizi igienici e spogliatoi per operatori in numero adeguato– Guardaroba, locale pulito/locale sporco (anche centralizzato)– Complessivamente la struttura deve garantire una superficie totale utile e funzionale fissata in almeno 25 mq, esclusi spazi dedicati ad attività amministrative.
Requisiti minimi organizzativi	<p>Il Centro socio riabilitativo residenziale RD3.1 deve utilizzare un modello organizzativo che preveda:</p> <ul style="list-style-type: none">– Personale specialistico (neurologo, psicologo, fisiatra), infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione, educatori professionali, assistenti sociali in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate;– Lavoro degli operatori secondo le modalità e le logiche dell'équipe

	<p>interdisciplinare;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell’ospite al momento dell’ammissione e periodicamente; – Stesura di un piano socio-riabilitativo ed educativo individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati; – Raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività del CSRR disponibile insieme alla documentazione clinica e sociale in archivio presso la sede in cui alloggia l’ospite; – Coinvolgimento della famiglia dell’ospite in base a quanto previsto dalla DGR 21/2005; – Organizzazione delle attività per gruppi omogenei per fasce di età e bisogni socio riabilitativi; – Attività di integrazione della struttura con il contesto sociale e relativamente alle risorse della comunità locale di riferimento e ai servizi del territorio. <p>Occorre garantire il raccordo e la condivisione dell’équipe multidisciplinare della struttura con l’UMV competente per territorio, a partire dalla fase di ammissione del soggetto e in relazione alla stesura del PAI (Piano Assistenziale Individuale).</p> <ul style="list-style-type: none"> – La struttura deve garantire tutte le procedure previste dalla normativa finalizzate all’integrazione scolastica – il sistema informativo secondo quanto richiesto dalla normativa vigente in tema di flussi di governo <p>Documentazione sanitaria e sociale disponibile presso la struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Carta dei Servizi; – Piano annuale di Programmazione – Registro delle presenze giornaliere dell’ospite <p>Documentazione relativa all’ospite:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Piani socio-riabilitativi ed educativi individuali – Progetto socio-riabilitativo – Valutazioni multidimensionali – Documentazione clinico riabilitativa e giuridico amministrativa 		
<p>Standard minimi qualificanti di personale</p>	<p>Nuclei di massimo 20 pazienti</p> <table border="1" data-bbox="411 1872 1437 1984"> <tr> <td data-bbox="411 1872 914 1984">ASSISTENZA DI BASE E COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)</td> <td data-bbox="914 1872 1437 1984">220 minuti/paziente/die</td> </tr> </table>	ASSISTENZA DI BASE E COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)	220 minuti/paziente/die
ASSISTENZA DI BASE E COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)	220 minuti/paziente/die		

	<table border="1"> <tr> <td>ASSISTENZA SOCIO RIABILITATIVA ED EDUCATIVA (operatore tecnico della riabilitazione e educatore professionale)</td> <td>60 minuti/paziente/die</td> </tr> <tr> <td>ASSISTENZA SOCIALE</td> <td>6 ore/settimana/nucleo</td> </tr> <tr> <td>ASSISTENZA SPECIALISTICA (Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Fisiatra,)</td> <td>6 ore/settimana/nucleo</td> </tr> </table>	ASSISTENZA SOCIO RIABILITATIVA ED EDUCATIVA (operatore tecnico della riabilitazione e educatore professionale)	60 minuti/paziente/die	ASSISTENZA SOCIALE	6 ore/settimana/nucleo	ASSISTENZA SPECIALISTICA (Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Fisiatra,)	6 ore/settimana/nucleo
ASSISTENZA SOCIO RIABILITATIVA ED EDUCATIVA (operatore tecnico della riabilitazione e educatore professionale)	60 minuti/paziente/die						
ASSISTENZA SOCIALE	6 ore/settimana/nucleo						
ASSISTENZA SPECIALISTICA (Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Fisiatra,)	6 ore/settimana/nucleo						
	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile sanitario di professionalità medica • L'Assistenza medica di base è garantita dal Medico di Medicina Generale del paziente. • La struttura deve garantire tutte le procedure previste dalla normativa finalizzate all'integrazione scolastica 						
Competenza autorizzativa	La competenza autorizzativa spetta agli uffici regionali della Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale secondo quanto previsto dal <i>D. Lgs 502/92</i> e succ. mod. e dal Regolamento regionale n. 2 del 25 febbraio 2000 <i>"Disciplina dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie"</i> .						
Fonte di finanziamento	<p>70% FSR</p> <p>30% Fondo Sociale dei Comuni salvo compartecipazione dell'utente in base all'ISEE</p> <p><i>DPCM 14 febbraio 2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livelli c) disabili gravi</i></p>						

3.3.2 RD3.1 Centro Socio-Riabilitativo ed educativo Residenziale per disabili adulti

RD3.1	<p>Strutture che erogano prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, erogate in nuclei dedicati a persone disabili adulti dai 18 ai 65 anni di età non autosufficienti che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento di attività quotidiane e interventi riabilitativi ed abilitativi psico – educativi e socio relazionali.</p> <p>L'ammissione nel modulo di tipo RD3.1 avviene con progetto e verifiche periodiche da parte della UVM territorialmente competente.</p>
--------------	--

Requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi generali	Devono essere rispettati tutti i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici generali previsti dal DPR 14/01/1997.
Requisiti minimi strutturali tecnologici specifici	<p>Per i presidi a ciclo continuativo devono essere previsti per ogni nucleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Camere 12/18 mq. con bagno attrezzato per non autosufficienza ogni 4 posti letto. – Bagno assistito 1 per nucleo – Servizi igienici degli spazi comuni (1 ogni 10 ospiti) attrezzati per la non autosufficienza; – Soggiorno/pranzo, cucinetta; – Locali per attività psico-educative e socio- relazionali, (pedagogico-educativa, occupazionale, tempo libero), attività di laboratorio, attività riabilitative; – Servizi igienici e spogliatoi per operatori in numero adeguato – Guardaroba, locale pulito/locale sporco (anche centralizzato) – Complessivamente la struttura deve garantire una superficie totale utile e funzionale fissata in almeno 25 mq, esclusi spazi dedicati ad attività amministrative.
Requisiti minimi organizzativi	<p>Il Centro socio riabilitativo residenziale RD3.1 deve utilizzare un modello organizzativo che preveda:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Personale medico specialistico (neurologo, fisiatra), infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione, educatori, psicologi e assistenti sociali in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate; – Lavoro degli operatori secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare; – Valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente; – Stesura di un piano socio-riabilitativo ed educativo individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati; – Raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività del CSRR disponibile insieme alla documentazione clinica e sociale in archivio presso la sede in cui alloggia l'ospite; – Coinvolgimento della famiglia dell'ospite in base a quanto previsto dalla DGR 21/2005;

	<ul style="list-style-type: none"> – Organizzazione delle attività per gruppi omogenei per fasce di età e bisogni socio riabilitativi; – Attività di integrazione della struttura con il contesto sociale e relativamente alle risorse della comunità locale di riferimento e ai servizi del territorio; – il sistema informativo secondo quanto richiesto dalla normativa vigente in tema di flussi di governo <p>Occorre garantire il raccordo e la condivisione dell'équipe multidisciplinare della struttura con l'UMV competente per territorio, a partire dalla fase di ammissione del soggetto e in relazione alla stesura del PAI (Piano Assistenziale Individuale).</p> <p>Documentazione sanitaria e sociale disponibile presso la struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Carta dei Servizi; – Piano annuale di Programmazione – Registro delle presenze giornaliere dell'ospite <p>Documentazione relativa all'ospite:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Piani socio-riabilitativi ed educativi individuali – Progetto socio-riabilitativo – Valutazioni multidimensionali – Documentazione clinico riabilitativa e giuridico amministrativa 								
<p>Standard minimi qualificanti di personale</p>	<p>Nuclei di massimo 20 pazienti</p> <table border="1" data-bbox="413 1238 1434 1688"> <tr> <td>ASSISTENZA DI BASE E COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)</td> <td>200 minuti/paziente/die</td> </tr> <tr> <td>ASSISTENZA SOCIO RIABILITATIVA ED EDUCATIVA: (operatore tecnico della riabilitazione e educatore professionale)</td> <td>30 ore/settimana/nucleo</td> </tr> <tr> <td>ASSISTENZA SOCIALE</td> <td>6 ore/settimana/nucleo</td> </tr> <tr> <td>ASSISTENZA SPECIALISTICA (Neurologo, Psicologo, Fisiatra,)</td> <td>6 ore/settimana/nucleo</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabile sanitario di professionalità medica • L'Assistenza medica di base è garantita dal Medico di Medicina Generale del paziente. 	ASSISTENZA DI BASE E COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)	200 minuti/paziente/die	ASSISTENZA SOCIO RIABILITATIVA ED EDUCATIVA: (operatore tecnico della riabilitazione e educatore professionale)	30 ore/settimana/nucleo	ASSISTENZA SOCIALE	6 ore/settimana/nucleo	ASSISTENZA SPECIALISTICA (Neurologo, Psicologo, Fisiatra,)	6 ore/settimana/nucleo
ASSISTENZA DI BASE E COMPLESSIVA (OSS, Infermiere)	200 minuti/paziente/die								
ASSISTENZA SOCIO RIABILITATIVA ED EDUCATIVA: (operatore tecnico della riabilitazione e educatore professionale)	30 ore/settimana/nucleo								
ASSISTENZA SOCIALE	6 ore/settimana/nucleo								
ASSISTENZA SPECIALISTICA (Neurologo, Psicologo, Fisiatra,)	6 ore/settimana/nucleo								

Competenza autorizzativa	La competenza autorizzativa spetta agli uffici regionali della Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale secondo quanto previsto dal <i>D. Lgs 502/92</i> e succ. mod. e dal Regolamento regionale n. 2 del 25 febbraio 2000 <i>“Disciplina dell’autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie”</i> .
Fonte di finanziamento	70% FSR 30% Fondo Sociale dei Comuni salvo compartecipazione dell’utente in base all’ISEE <i>DPCM 14 febbraio 2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livelli c) disabili gravi</i>

3.3.3 RD3.2 Centro Socio-Riabilitativo ed educativo Semiresidenziale per disabili minori

RD3.2	Strutture che erogano prestazioni di assistenza semiresidenziale ad elevata integrazione sanitaria, erogate in nuclei dedicati a minori disabili sino a 18-20 anni di età non autosufficienti che necessitano di assistenza non continuativa per lo svolgimento di attività quotidiane, interventi riabilitativi abilitativi e didattici, psico – educativi e socio relazionali. L’ammissione nel modulo di tipo RD3.2 avviene con progetto e verifiche periodiche da parte della UVM.
Requisiti minimi strutturali, tecnologici generali	Devono essere rispettati tutti i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici generali previsti dal DPR 14/01/1997.
Requisiti minimi strutturali tecnologici specifici	Per i presidi a ciclo diurno devono essere previsti i requisiti minimi specifici: <ul style="list-style-type: none"> – Soggiorno/pranzo, cucinetta – Locale attività psico-educative e socio-relazionali, (pedagogico-educativa, occupazionale, tempo libero), attività di laboratorio, attività riabilitative. – Servizi igienici (1 ogni 5 ospiti) attrezzati per non autosufficienza, spogliatoio/guardaroba, servizi igienici e spogliatoi per operatori in numero adeguato. – mq/ospite almeno 12 mq esclusi spazi destinati ad attività

	amministrative.
Requisiti minimi organizzativi specifici	<p>Il Centro socio riabilitativo semi-residenziale RD3.2 deve utilizzare un modello organizzativo che preveda:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione, educatori, psicologi e assistenti sociali in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate; – Lavoro degli operatori secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare; – Valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente; – Stesura di un piano socio-riabilitativo ed educativo individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati; – Raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività del Centro Socio-Riabilitativo semi-residenziale disponibile insieme alla documentazione clinica e sociale in archivio presso la sede della struttura; – Coinvolgimento della famiglia dell'ospite in base a quanto previsto dalla DGR 21/2005; – Attività di integrazione della struttura con il contesto sociale e relativamente alle risorse della comunità locale di riferimento e ai servizi del territorio; – Il sistema informativo secondo quanto richiesto dalla normativa vigente in tema di flussi di governo <p>Occorre garantire, nelle fasi del percorso metodologico, il raccordo e la condivisione dell'équipe multidisciplinare della struttura con l'UMV competente per territorio, a partire dalla fase di ammissione del soggetto e in relazione alla stesura del PAI (Piano Assistenziale Individuale).</p> <p>Documentazione sanitaria e sociale disponibile presso la struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Carta dei Servizi; – Piano annuale di Programmazione – Registro delle presenze giornaliere dell'ospite <p>Documentazione relativa all'ospite:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Piani socio-riabilitativi ed educativi individuali – Progetto socio-riabilitativo – Valutazioni multidimensionali

	– Documentazione clinico riabilitativa e giuridico amministrativa
Standard minimi qualificanti di personale	<p>Nuclei di massimo 20 pazienti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabile sanitario di professionalità medica • Assistenza di base complessiva (OSS, Infermiere (100/pz/die) • Assistenza socio-riabilitativa ed educativa (Educatore professionale Operatore tecnico della Riabilitazione) 60 minuti /pz /die • Assistenza 6 ore/sett. per nucleo • Assistenza specialistica Psicologo, Medico Specialista 6 ore/sett. per nucleo <p>L'assistenza medica di base è garantita dal Medico di Medicina Generale dei pazienti.</p> <p>Gli standard sono calcolati sulla base di un orario di apertura al giorno 9-17 per almeno 5 gg. settimanali.</p>
Competenza autorizzativa	La competenza autorizzativa spetta ai competenti uffici regionali della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali secondo quanto previsto dal <i>D.Lgs 502/92</i> e succ. mod. e dal Regolamento regionale n. 2 del 25 febbraio 2000 <i>“Disciplina dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie”</i> .
Fonte di finanziamento	<p>70% FSR</p> <p>30% Fondo Sociale dei Comuni salvo compartecipazione dell'utente in base all'ISEE</p> <p>DPCM 14 febbraio 2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livelli c) disabili gravi</p>

3.3.4 RD3.2 Centro Socio-Riabilitativo ed educativo Semiresidenziale per disabili adulti

RD3.2	<p>Strutture che erogano prestazioni di assistenza semiresidenziale ad elevata integrazione sanitaria, erogate in nuclei dedicati a persone disabili adulti dai 18 ai 65 anni di età non autosufficienti che necessitano di assistenza non continuativa per lo svolgimento di attività quotidiane, interventi riabilitativi abilitativi, psico – educativi e socio relazionali.</p> <p>L'ammissione nel modulo di tipo RD3.2 avviene con progetto e verifiche</p>
--------------	--

	periodiche da parte della UVM.
Requisiti minimi strutturali, tecnologici generali	Devono essere rispettati tutti i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici generali previsti dal DPR 14/01/1997.
Requisiti minimi strutturali tecnologici specifici	<p>Per i presidi a ciclo diurno devono essere previsti i requisiti minimi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Soggiorno/pranzo, cucinetta. – Locale attività psico-educative e socio-relazionali, (pedagogico-educativa, occupazionale, tempo libero), attività di laboratorio, attività riabilitative. – Servizi igienici (1 ogni 5 ospiti) attrezzati per non autosufficienza, spogliatoio/guardaroba, servizi igienici e spogliatoi per operatori in numero adeguato. – Mq/ospite almeno 12 mq esclusi spazi destinati ad attività amministrative.
Requisiti minimi organizzativi specifici	<p>Il Centro socio riabilitativo semi-residenziale RD3.2 deve utilizzare un modello organizzativo che preveda:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione, educatori, psicologi e assistenti sociali in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate; – Lavoro degli operatori secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare; – Valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente; – Stesura di un piano socio-riabilitativo ed educativo individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati; – Raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività del Centro Socio-Riabilitativo semi-residenziale disponibile insieme alla documentazione clinica e sociale in archivio presso la sede della struttura; – Coinvolgimento della famiglia dell'ospite in base a quanto previsto dalla DGR 21/2005; – Attività di integrazione della struttura con il contesto sociale e relativamente alle risorse della comunità locale di riferimento e ai

	<p>servizi del territorio;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Il sistema informativo secondo quanto richiesto dalla normativa vigente in tema di flussi di governo. <p>Occorre garantire, nelle fasi del percorso metodologico, il raccordo e la condivisione dell'équipe multidisciplinare della struttura con l'UMV competente per territorio, a partire dalla fase di ammissione del soggetto e in relazione alla stesura del PAI (Piano Assistenziale Individuale).</p> <p>Documentazione sanitaria e sociale disponibile presso la struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Carta dei Servizi – Piano annuale di Programmazione – Registro delle presenze giornaliere dell'ospite <p>Documentazione relativa all'ospite:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Piani socio-riabilitativi ed educativi individuali – Progetto socio-riabilitativo – Valutazioni multidimensionali – Documentazione clinico riabilitativa e giuridico amministrativa
<p>Standard minimi qualificanti di personale</p>	<p>Nuclei di massimo 20 pazienti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabile sanitario di professionalità medica • Assistenza di base complessiva (OSS, Infermiere (60 min/pz/die) • Assistenza socio-riabilitativa ed educativa (Educatore professionale Operatore tecnico della Riabilitazione) 30 minuti /pz/die • Assistenza sociale 6 ore/sett. per nucleo • Assistenza specialistica Psicologo, Medico Specialista 6 ore/settimana per nucleo <p>L'assistenza medica di base è garantita dal Medico di Medicina Generale dei pazienti.</p> <p>Gli standard sono calcolati sulla base di un orario di apertura al dì 9-17 per almeno 5 gg. settimanali.</p>
<p>Competenza autorizzativa</p>	<p>La competenza autorizzativa spetta ai competenti uffici regionali della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali secondo quanto previsto dal <i>D.Lgs 502/92</i> e succ. mod. e dal Regolamento regionale n. 2 del 25 febbraio 2000 <i>"Disciplina dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie"</i>.</p>

Fonte di finanziamento	<p>70% FSR</p> <p>30% Fondo Sociale dei Comuni salvo compartecipazione dell'utente in base all'ISEE</p> <p>DPCM 14 febbraio 2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livelli c) disabili gravi</p>
-------------------------------	--

3.3.5 RD3.3 Comunità alloggio per persone disabili gravi

RD3.3	<p>Strutture che erogano prestazioni di assistenza residenziale tutelare, erogate in nuclei dedicati a persone disabili adulte da 18 a 55 anni di età non autosufficienti per lo svolgimento di attività di assistenza nella vita quotidiana.</p> <p>L'ammissione nel modulo di tipo RD3.3 avviene con progetto individuale soggetto a verifiche periodiche da parte della UVM.</p> <p>Al compimento del 55° anno di età il paziente verrà valutato congiuntamente dalla UVM Disabili Adulti e UVM Area Geriatrica per la definizione della Continuità Assistenziale.</p>
Requisiti minimi strutturali, tecnologici generali	<p>Le caratteristiche strutturali, organizzative e tecnologiche devono permettere l'erogabilità delle seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Somministrazione dei pasti; - Assistenza agli utenti nell'espletamento delle normali attività della vita quotidiana; - Attività di socializzazione; - Attività di collegamento funzionale ed operativo con il sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari e riabilitativi esistenti nel territorio e altri servizi del territorio <p>Più moduli autonomi all'interno di una stessa unità immobiliare configurano una convivenza di tipo familiare dotata dei requisiti igienico-sanitari previsti dai regolamenti comunali per le civili abitazioni. La struttura deve essere accessibile, priva di ogni barriera che ostacoli la piena fruizione degli spazi o arrechi ostacolo alla mobilità.</p>
Requisiti minimi strutturali	<p>Per le strutture Comunità alloggio devono essere previsti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - camere da letto singole (almeno 9,6 mq) o doppie (almeno 14,4 mq);

<p>tecnologici specifici</p>	<ul style="list-style-type: none"> – un servizio igienico ogni 2 ospiti adattabile per l’handicap; – per ogni struttura almeno 1 bagno attrezzato per la grave non autosufficienza; – una linea telefonica a disposizione degli ospiti; <p>La struttura deve essere ubicata in luoghi abitati, facilmente raggiungibili con l’uso di mezzi pubblici, comunque tale da permettere la partecipazione degli utenti alla vita sociale del territorio e facilitare le visite agli ospiti.</p>
<p>Requisiti minimi organizzativi</p>	<p>La Comunità alloggio per disabili gravi (CADG) deve utilizzare un modello organizzativo che attraverso l’integrazione con i servizi territoriali delle USL, garantisca:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici, e sociali dell’ospite al momento dell’ammissione e periodicamente; – Stesura di un piano assistenziale individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati; – Lavoro degli operatori deputati all’assistenza secondo le modalità e le logiche dell’équipe interdisciplinare; – Raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività del CADG disponibile insieme alla documentazione clinica e sociale in archivio presso la sede in cui alloggia l’ospite; – Coinvolgimento della famiglia dell’ospite; <p>Documentazione sanitaria e sociale disponibile presso la struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Carta dei Servizi; – Piano annuale di Programmazione – Registro delle presenze giornaliere dell’ospite <p>Documentazione relativa all’ospite:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Piano Assistenziale individuale (PAI) – Valutazioni multidimensionali – Documentazione clinica e giuridico amministrativa
<p>Standard minimi qualificanti di personale</p>	<p>Nuclei di massimo 20 pazienti compresi eventuali posti riservati all’emergenza di max fino a 2 persone (Legge 162/98, art. 1, lett. 1bis)</p> <p><i>Responsabile di Struttura</i></p> <p>Assistenza tutelare:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • OSS / Infermiere 120 min/pz/die • 30 min/pz/die educatore/operatore tecnico della riabilitazione <p>La struttura deve garantire la presenza di operatori nelle 24 ore e l'assistenza medica di base è garantita dal Medico di Medicina Generale dei pazienti.</p>
Competenza autorizzativa	<p>La competenza autorizzativa spetta al Comune, ai sensi del <i>Decreto 21 maggio 2001 n. 308 artt. 3 e 4</i>, previa acquisizione dell'assenso alla realizzazione, valutato rispetto alla compatibilità con la programmazione socio-sanitaria regionale, rilasciato dal competente ufficio regionale.</p>
Fonte di finanziamento	<p>50% FSR</p> <p>50% Fondo Sociale dei Comuni salvo compartecipazione dell'utente in base all'ISEE</p> <p><i>DPCM 14 febbraio 2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livelli c) disabili gravi</i></p> <p>In caso di frequentazione di un Centro diurno sarà applicata una riduzione di almeno il 30% della retta di degenza.</p>

3.4. Strutture RD4

3.4.1 RD4 Famiglie comunità per il “Dopo di noi”

RD4	Strutture che erogano prestazioni di assistenza residenziale tutelare, erogate in nuclei dedicati a persone disabili adulte da 18 a 55 anni di età non autosufficienti privi del sostegno familiare per l'aiuto nello svolgimento di attività di assistenza nella vita quotidiana.
Requisiti minimi strutturali	Analoghi ad una civile abitazione: - Camere da letto singole (almeno 9,6 mq) e doppie (almeno 14,4 mq) con bagni adattabili all'handicap, spazi comuni per cucina refettorio e soggiorno con abbattimento barriere architettoniche.
Standard qualificanti	Nuclei di 8 pazienti + 2 eventuali posti riservati all'emergenza (Legge 162/98, art.1, lett. 1bis)³ Assistenza OSS ≥ 240 min/pz./die. La struttura deve comunque garantire la presenza di operatori nelle 24 ore a copertura della sorveglianza della struttura. L'assistenza medica di base è garantita dal Medico di Medicina Generale dei pazienti.
Competenza autorizzativa	La competenza autorizzativa spetta al Comune, ai sensi del <i>Decreto 21 maggio 2001 n. 308 artt. 3 e 4</i> , previa acquisizione dell'assenso alla realizzazione, valutato rispetto alla compatibilità con la programmazione socio-sanitaria regionale, rilasciato dal competente ufficio regionale.
Fonte di finanziamento	40% FSR 60% Fondo Sociale dei Comuni salvo compartecipazione dell'utente in base all'ISEE <i>DPCM 14 febbraio 2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livelli c) disabili privi di sostegno familiare</i> In caso di frequentazione totale di un Centro diurno sarà applicata una riduzione di almeno il 30% della retta di degenza.

³ «|-bis) a programmare interventi di sostegno alla persona e familiare come prestazioni integrative degli interventi realizzati dagli enti locali a favore delle persone con handicap di particolare gravità, di cui all'articolo 3, comma 3, mediante forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore, provvedendo alla realizzazione dei servizi di cui all'[articolo 9](#), all'istituzione di servizi di accoglienza per periodi brevi e di emergenza, tenuto conto di quanto disposto dagli articoli 8, comma 1, lettera i), e 10, comma 1, e al rimborso parziale delle spese documentate di assistenza nell'ambito di programmi previamente concordati;