

# Regolamento per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale alle strutture sanitarie di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche e sensoriali in attuazione degli articoli 48 e 49 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria)

*Art. 1 oggetto*

*Art. 2 ambito di applicazione*

*Art. 3 soggetti competenti*

*Art. 4 autorizzazione alla costruzione, adattamento, trasformazione, ampliamento e trasferimento*

*Art. 5 procedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività*

*Art. 6 obblighi del titolare dell'autorizzazione all'esercizio*

*Art. 7 obblighi del direttore sanitario*

*Art. 8 attività di vigilanza delle aziende sanitarie*

*Art. 9 procedimento di accreditamento istituzionale*

*Art. 10 corrispettivo*

*Art. 11 fase istruttoria*

*Art. 12 procedimento di riesame*

*Art. 13 rilascio dell'accreditamento*

*Art. 14 durata dell'accreditamento*

*Art. 15 rinnovo dell'accreditamento*

*Art. 16 integrazione dell'accreditamento*

*Art. 17 accordi contrattuali*

*Art. 18 vigilanza della Direzione centrale*

*Art. 19 disposizioni transitorie e finali*

*Art. 20 entrata in vigore*

*Allegato 1 requisiti di autorizzazione*

*Allegato 2 modello domanda di autorizzazione*

*Allegato 3 documentazione per ispezione tecnica dell'azienda sanitaria*

*Allegato 4 requisiti di accreditamento*

## **art. 1** oggetto

1. Ai sensi degli articoli 48 e 49 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria) il presente regolamento disciplina il procedimento e i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento dell'attività di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche e sensoriali di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), nonché per il rilascio dell'accreditamento istituzionale.

## **art. 2** ambito di applicazione

1. Le disposizioni del presente regolamento si applicano alle strutture di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche e sensoriali di cui all'articolo 26 della l. n. 833/1978 (di seguito strutture di riabilitazione funzionale) per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale a seguito di determinazione del fabbisogno regionale.
2. Le disposizioni del presente regolamento non si applicano alle strutture per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, nonché alle strutture residenziali per i disturbi mentali.

## **art. 3** soggetti competenti

1. L'autorizzazione alla costruzione, adattamento, trasformazione, ampliamento e trasferimento delle strutture di riabilitazione funzionale è rilasciata dal comune competente per territorio.
2. L'autorizzazione all'esercizio delle attività di riabilitazione funzionale di cui al comma 1 è rilasciato dalle aziende per l'assistenza sanitaria o dalle aziende sanitarie universitarie integrate competenti per territorio (di seguito in breve aziende sanitarie).
3. L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia (di seguito in breve Direzione centrale).
4. Nell'esercizio delle proprie competenze in materia di accreditamento la Direzione centrale si avvale, anche per l'effettuazione di sopralluoghi, di professionisti denominati valutatori in conformità a quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, recepita con deliberazione della Giunta regionale 19 luglio 2013, n. 1303 *"Recepimento dell'intesa, rep n 259/csr del 20.12.2012, ai sensi dell'art 8, comma 6, della l 131/2003, tra il governo, le regioni e le province autonome sul documento recante 'disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento' in attuazione dell'art 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012"*.
5. Gli accordi contrattuali di cui all'articolo 50 della l.r. n. 17/2014 sono stipulati tra le strutture di riabilitazione funzionale e le aziende sanitarie territorialmente competenti.
6. Le aziende sanitarie sono competenti per la vigilanza in relazione all'autorizzazione all'esercizio delle attività di riabilitazione funzionale, per la verifica del rispetto dell'accordo contrattuale e della qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate.
7. La Direzione centrale è competente per la vigilanza in relazione all'accreditamento. La stessa si avvale, nell'esercizio dell'attività di vigilanza, dei valutatori di cui al comma 4.
8. Per l'effettuazione dei sopralluoghi di cui ai commi 4 e 7 la Direzione centrale incarica un numero di valutatori variabile in base alla complessità organizzativa della struttura di riabilitazione funzionale e alle attività sanitarie erogate dalla medesima. Il numero di valutatori non è comunque inferiore a due.

## **art. 4** autorizzazione alla costruzione, adattamento, trasformazione, ampliamento e trasferimento

1. I soggetti che intendono costruire, adattare, trasformare, ampliare o trasferire una struttura di riabilitazione funzionale presentano istanza al comune competente per territorio.
2. Il comune, previamente al rilascio dell'autorizzazione di propria competenza, acquisisce il parere sulla compatibilità del progetto con il fabbisogno regionale relativo alle prestazioni sanitarie oggetto dell'istanza di autorizzazione e con la localizzazione territoriale di strutture di riabilitazione funzionale già presenti nel territorio regionale.
3. Il comune acquisisce unicamente il parere sulla compatibilità del progetto con la localizzazione territoriale nel caso di domanda di trasferimento di struttura di riabilitazione funzionale già autorizzata.

4. I pareri di cui ai commi 2 e 3 sono resi dalla Direzione centrale e hanno carattere non vincolante ai fini del rilascio dell'autorizzazione di cui al presente articolo.
5. Il parere di cui al comma 2 è vincolante ai fini della stipula dell'accordo contrattuale ai sensi dell'articolo 50 della l.r. n. 17/2014 laddove dispone, in particolare, che gli accordi contrattuali sono definiti in coerenza con la programmazione regionale che determina il fabbisogno e le risorse sulla base di requisiti e valutazioni di comparazione della qualità e dei costi.
6. Il comune, previamente al rilascio dell'autorizzazione di propria competenza, acquisisce altresì il parere igienico - sanitario dell'azienda sanitaria competente per territorio sulla base dei requisiti previsti nell'allegato 1 del presente regolamento.
7. I pareri di cui ai commi 2, 3 e 6 sono resi entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta.

## **art. 5** procedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività

1. I titolari delle strutture di riabilitazione funzionale autorizzate ai sensi dell'articolo 4, terminati i lavori e acquisito il certificato di agibilità, presentano istanza di autorizzazione all'esercizio dell'attività all'azienda sanitaria competente per territorio.
2. I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi richiesti per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio sono elencati nell'allegato 1 del presente regolamento.
3. La domanda, redatta secondo il modello di cui all'allegato 2 del presente regolamento contiene:
  - a) le generalità del titolare, se persona fisica, o le generalità del rappresentante legale, se persona giuridica, con unita copia dell'atto costitutivo;
  - b) la denominazione della struttura e la tipologia delle prestazioni che si intendono erogare;
  - c) le generalità del direttore sanitario, l'attestazione della sua iscrizione all'ordine professionale dei medici chirurghi ed odontoiatri e gli eventuali titoli professionali pertinenti.
4. Per titolare della struttura di cui al comma 1 si intende il soggetto giuridico, pubblico o privato, proprietario o gestore della struttura sanitaria, comunque avente la rappresentanza legale della stessa. Tale soggetto giuridico deve dimostrare, attraverso un valido titolo giuridico, la piena disponibilità e responsabilità di tutti gli elementi che costituiscono una struttura sanitaria e che sono connessi ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi.
5. La domanda è corredata della documentazione elencata nel modello di domanda di cui all'allegato 2 al presente regolamento. Qualora l'istanza riguardi l'adattamento, la trasformazione, l'ampliamento o il trasferimento di una struttura già autorizzata, la documentazione da allegare fa riferimento solo all'intervento oggetto della domanda medesima.
6. L'azienda sanitaria competente per territorio si esprime sull'accoglimento della domanda entro sessanta giorni dal ricevimento della stessa.
7. Il soggetto richiedente l'autorizzazione all'esercizio comunica all'azienda sanitaria l'avvenuto completamento dell'allestimento della struttura al fine dell'effettuazione dell'ispezione tecnica da parte della commissione di vigilanza dell'azienda sanitaria di cui al successivo articolo 8, da svolgersi entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione. All'atto dell'ispezione tecnica è messa a disposizione dell'azienda sanitaria la documentazione elencata all'allegato 3 al presente regolamento.
8. Quando l'esito dell'ispezione tecnica è positivo l'azienda sanitaria adotta il provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività entro trenta giorni dallo svolgimento dell'ispezione.
9. Quando l'esito dell'ispezione tecnica è negativo l'azienda sanitaria stabilisce, sulla base delle valutazioni espresse della commissione di vigilanza, le prescrizioni cui il richiedente

deve conformarsi e i termini per l'adeguamento. In tale caso l'azienda sanitaria effettua una nuova ispezione tecnica all'esito della quale autorizza o non autorizza l'esercizio dell'attività.

10. In caso di diniego dell'autorizzazione all'esercizio il soggetto richiedente può presentare motivata istanza di riesame all'azienda sanitaria. Se l'azienda sanitaria conferma il diniego non è possibile presentare nuova domanda di autorizzazione prima di un anno dalla data di comunicazione della conferma del diniego.

## **art. 6** obblighi del titolare dell'autorizzazione all'esercizio

1. Il titolare dell'autorizzazione all'esercizio di cui all'articolo 5:
  - a) assicura che siano effettuati i controlli di qualità previsti dalle norme vigenti;
  - b) invia con cadenza quinquennale una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza del possesso dei requisiti di cui all'allegato 1 al presente atto;
  - c) trasmette all'azienda sanitaria competente per territorio, alla Direzione centrale le informazioni richieste in ordine all'attività svolta, al personale in servizio ed ogni altra notizia richiesta a fini epidemiologici e statistici o prevista dalla normativa vigente;
  - d) comunica all'azienda sanitaria competente per territorio i periodi di chiusura della struttura e le interruzioni di attività da qualsiasi causa determinate, specificandone la motivazione;
  - e) comunica all'azienda sanitaria competente per territorio gli eventuali interventi strutturali che non comportino autorizzazioni o concessioni edilizie, la redistribuzione interna, la variazione della destinazione d'uso dei locali, nonché rinnovi di impianti;
  - f) comunica all'azienda sanitaria competente per territorio le eventuali variazioni del soggetto titolare dell'autorizzazione, del direttore sanitario o della denominazione della struttura;
  - g) assicura che gli ambienti della struttura di riabilitazione funzionale sono adibiti esclusivamente all'esercizio dell'attività sanitaria autorizzata
2. A seguito delle comunicazioni di cui alle lettere e) ed f) l'azienda sanitaria competente per territorio adotta le relative modifiche del provvedimento di autorizzazione.
3. Gli eventuali interventi strutturali non devono incidere in maniera sostanziale sulle caratteristiche della struttura e, in ogni caso, garantiscono il rispetto dei requisiti richiesti per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di cui all'articolo 5, comma 2.

## **art. 7** obblighi del direttore sanitario

1. Il direttore sanitario è responsabile della regolare tenuta e della costante disponibilità della documentazione concernente:
  - a) ogni variazione intervenuta sulla dotazione organica del personale, anche con riferimento ad eventuali incarichi di consulenza.
  - b) la documentazione del possesso dei titoli previsti per il ruolo e la funzione svolti da tutto il personale sanitario e tecnico operante nella struttura.
  - c) le sostituzioni o modificazioni di attrezzature, compatibili con la tipologia e le dimensioni della struttura autorizzata;
  - d) l'acquisto delle attrezzature nel rispetto della legge 5.2.1992, n. 175, "*Norme in materia di pubblicità sanitaria e di repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie*".

## **art. 8** attività di vigilanza delle aziende sanitarie

1. Le aziende sanitarie competenti per territorio, fermo restando quanto previsto all'articolo 3, comma 6, svolgono attività di vigilanza sul regolare esercizio delle attività sanitarie autorizzate e sul mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi da parte delle strutture di riabilitazione funzionale.
2. Ai fini dello svolgimento dell'attività di vigilanza di propria competenza le aziende sanitarie costituiscono, con provvedimento del direttore generale, una commissione di vigilanza composta dal responsabile del Dipartimento di prevenzione o suo delegato, di un esperto in materia impiantistica, di un esperto in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e un dipendente amministrativo con funzioni di segretario. La commissione di vigilanza può essere integrata, ove necessario, da ulteriori esperti.
3. La Direzione centrale fornisce indicazioni sul funzionamento e sui compiti della commissione di vigilanza.
4. I provvedimenti di sospensione e revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività di riabilitazione funzionale sono adottati dalle aziende sanitarie competenti per territorio nelle fattispecie e con le modalità di cui all'articolo 4 bis della legge regionale 9 marzo 2001 n. 8 "Disposizioni urgenti in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e altre disposizioni in materia di sanità e politiche sociali", ferme restando l'irrogazione delle sanzioni amministrative previste dal medesimo articolo.

## **art. 9** procedimento di accreditamento istituzionale

1. Il titolare della struttura di riabilitazione funzionale interessato al rilascio dell'accREDITamento istituzionale presenta istanza alla Direzione centrale esclusivamente con modalità web tramite l'applicativo gestionale denominato "Sistema di accREDITamento delle strutture sanitarie" all'indirizzo: [aoss.regione.fvg.it/saoss](http://aoss.regione.fvg.it/saoss), previa richiesta alla medesima Direzione centrale delle credenziali di accesso.
2. Per titolare della struttura di cui al comma 1 si intende il soggetto giuridico, pubblico o privato, proprietario o gestore della struttura sanitaria, comunque avente la rappresentanza legale della stessa. Tale soggetto giuridico deve dimostrare, attraverso un valido titolo giuridico, la piena disponibilità e responsabilità di tutti gli elementi che costituiscono una struttura sanitaria e che sono connessi ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi.
3. Nell'istanza il titolare dichiara:
  - a) la sede e la denominazione della struttura sanitaria;
  - b) le generalità del titolare della struttura o del rappresentante legale della medesima se persona giuridica.
4. La domanda è corredata della seguente documentazione:
  - a) dichiarazione di non sussistenza di situazioni di incompatibilità, previste dalla vigente normativa, nel rapporto di lavoro con il personale comunque impiegato nella struttura;
  - b) la documentazione antimafia di cui al D.P.R. n. 252/1998;
  - c) planimetria 1:100 dei locali, con destinazione d'uso, in duplice copia;
  - d) questionario di autovalutazione preliminare, da compilarsi con la modalità web tramite il gestionale di cui al comma 1, sul possesso dei requisiti di accREDITamento, di cui all'allegato 4;
  - e) piano della formazione;
  - f) piano della qualità;
  - g) carta dei servizi;
  - h) l'organigramma;
  - i) elenco nominativo del personale, con indicazione della qualifica e del titolo di studio posseduto, della funzione organizzativa assegnata nonché del monte ore settimanale, firmato dal legale rappresentante;
  - j) elenco dei fornitori esterni di prestazioni e servizi di cui si avvale la struttura.

5. I requisiti per il rilascio dell'accreditamento istituzionale sono contenuti nell'allegato 4 del presente regolamento.

## **art. 10 corrispettivo**

1. La struttura che chiede l'accreditamento istituzionale o l'integrazione dello stesso è tenuta a versare il corrispettivo dei costi sostenuti dall'Amministrazione regionale per i sopralluoghi, prima dello svolgimento degli stessi. L'importo e le modalità del versamento sono determinati con provvedimento della Direzione centrale.

## **art. 11 fase istruttoria**

1. La Direzione centrale effettua un controllo sulla regolarità e completezza della domanda e della documentazione allegata entro trenta giorni dal ricevimento della medesima. Il procedimento per il rilascio dell'accreditamento istituzionale si conclude entro centottanta giorni dal ricevimento della domanda.
2. In caso di irregolarità o incompletezza della domanda e/o della documentazione allegata la Direzione centrale invita il soggetto che ha fatto istanza alla regolarizzazione e a produrre eventuali osservazioni entro un termine perentorio di dieci giorni. Se l'esito del controllo è positivo la Direzione centrale comunica la data del sopralluogo per la verifica dei requisiti.
3. In assenza di riscontro entro il termine di cui al comma 2 o qualora la regolarizzazione richiesta non è idonea, la Direzione centrale adotta decreto di diniego della domanda di accreditamento istituzionale. Se il riscontro è positivo e la regolarizzazione richiesta è idonea la Direzione centrale comunica la data del sopralluogo per la verifica dei requisiti.
4. I valutatori incaricati ai sensi dell'articolo 3, commi 4 e 7, effettuano uno o più sopralluoghi, in relazione alla complessità organizzativa della struttura, e redigono un verbale di verifica il quale reca la descrizione delle operazioni svolte, delle conformità o non conformità accertate nonché il giudizio di cui al successivo comma 5 con gli eventuali adeguamenti richiesti e la loro tempistica.
5. All'esito del sopralluogo i valutatori formulano un giudizio:
  - a) di accreditabilità a pieno titolo, qualora la struttura risulti conforme ai requisiti, essenziali e non essenziali;
  - b) di accreditabilità con riserva, qualora la struttura risulti non conforme ad uno o più requisiti non essenziali e necessari di un piano di adeguamento;
  - c) di non accreditabilità, qualora la struttura non risulti conforme ad uno o più requisiti essenziali.
6. In caso di accreditabilità con riserva i valutatori specificano i programmi di intervento finalizzati a rimuovere le carenze rilevate e i tempi di realizzazione degli stessi, concordati con la struttura interessata. I tempi di adeguamento non possono in ogni caso superare la seguente tempistica:
  - a) fino ad 1 anno per i requisiti organizzativi;
  - b) fino a 2 anni per i requisiti tecnologici.
7. In caso di accertamento della non conformità di uno o più requisiti essenziali i valutatori riportano nel verbale le non conformità accertate e sospendono la formulazione del giudizio di non accreditabilità.
8. La Direzione centrale, ricevuto il verbale di cui al comma 7 e sulla base delle non conformità ivi risultanti, dispone l'effettuazione di un successivo sopralluogo da svolgersi non prima di venti giorni e non oltre trenta giorni dal primo.
9. All'esito del nuovo sopralluogo di cui al comma 8 i valutatori applicano le disposizioni di cui ai commi 5 e 6. Qualora il nuovo sopralluogo confermi la non conformità ad uno o più requisiti essenziali di accreditamento, il verbale riporta la descrizione delle non conformità accertate e il giudizio di non accreditabilità. Il rappresentante della struttura,

qualora contesti il giudizio di non accreditabilità, può chiedere che le proprie dichiarazioni siano riportate nel verbale.

10. Entro 15 giorni dalla conclusione degli accertamenti da parte del gruppo di valutazione, il Direttore centrale, prima della adozione del decreto di non accreditamento, comunica al soggetto che ha fatto istanza di accreditamento istituzionale i motivi che ostano all'accoglimento della domanda, ai sensi dell'articolo 16 bis della legge regionale 20.3.2000, n. 7 "Testo unico delle norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso".
11. Qualora nel corso dei sopralluoghi i valutatori accertino non conformità riferite ai requisiti di autorizzazione li segnalano alla Direzione centrale per la successiva comunicazione all'azienda sanitaria competente per territorio.

## **art. 12** procedimento di riesame

1. Il procedimento di riesame è avviato quando l'attività di verifica dei valutatori si conclude con un giudizio di non accreditabilità e il verbale riporti le dichiarazioni di cui all'articolo 11, comma 9.
2. Il riesame di cui al comma 1 è effettuato dal Direttore dell'Area competente in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie della Direzione centrale, dal Coordinatore della struttura stabile in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie della Direzione Centrale, nonché da un professionista esperto in materia di assistenza sanitaria. I soggetti competenti per il riesame possono convocare i valutatori per acquisire eventuali chiarimenti.
3. Il procedimento di riesame può confermare il giudizio di non accreditabilità oppure concludersi con un giudizio di accreditabilità con riserva ai sensi dell'articolo 11, commi 5, lettera b) e 6.

## **art. 13** rilascio dell'accreditamento

1. Il Direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia adotta un decreto:
  - a) di accreditamento a pieno titolo;
  - b) di accreditamento con riserva;
  - c) di non accreditamento.
2. Il decreto di accreditamento con riserva indica i programmi di adeguamento e i termini degli stessi. I termini stabiliti all'articolo 11, comma 6, possono essere prorogati, per una sola volta, su richiesta motivata del soggetto che ha presentato domanda di accreditamento istituzionale, fino ad un massimo del 20%.

## **art. 14** durata dell'accreditamento

1. L'accreditamento istituzionale ha una durata di tre anni, alla scadenza dei quali si procede al rinnovo secondo le modalità di cui all'articolo 11.
2. L'accreditamento istituzionale a pieno titolo ha una durata di tre anni decorrente dalla adozione del relativo decreto.
3. L'accreditamento con riserva ha una durata corrispondente ai termini assegnati per l'adeguamento, fatta salva la concessione della proroga di cui all'articolo 13, comma 2.
4. Alla scadenza dei tempi assegnati per l'adeguamento la Direzione centrale dispone la verifica della conformità ai requisiti. In caso di esito positivo è adottato il decreto di accreditamento a pieno titolo. La durata complessiva dell'accreditamento con riserva e del successivo accreditamento a pieno titolo non può comunque superare la durata di tre anni di cui al comma 1.

5. In caso di esito negativo la Direzione centrale accerta il mancato adeguamento e dichiara la cessazione dell'accreditamento con riserva.

## **art. 15** rinnovo dell'accreditamento

1. Prima dell'inizio dell'ultimo semestre di durata dell'accreditamento le strutture accreditate sono tenute a presentare domanda di rinnovo dell'accreditamento istituzionale con le modalità di cui all'articolo 9.
2. Il procedimento per il rinnovo si svolge secondo le modalità di cui all'articolo 11.
3. Qualora intervengano giustificati motivi che impediscono di completare l'istruttoria nei tempi previsti la qualità di soggetto accreditato permane fino alla adozione del provvedimento conclusivo del procedimento.

## **art. 16** integrazione dell'accreditamento

1. Le strutture di riabilitazione funzionale già accreditate, qualora abbiano proceduto all'ampliamento del numero dei posti letto o dei locali ove si erogano le prestazioni o al trasferimento in altra sede dello stesso comune, ne danno comunicazione alla Direzione centrale entro un mese dal rilascio dell'autorizzazione da parte delle aziende sanitarie competenti per territorio, producendo la documentazione di cui all'articolo 9.
2. La Direzione centrale avvia il procedimento di cui agli articoli 11 e seguenti effettuando un nuovo sopralluogo se la documentazione prodotta, o quella integrativa eventualmente richiesta, dimostrino che le variazioni intervenute hanno determinato una configurazione organizzativa diversa da quella iniziale. In caso contrario, l'istruttoria viene effettuata sulla base della documentazione prodotta.
3. Le strutture di riabilitazione funzionale già accreditate comunicano alla Direzione centrale anche le eventuali variazioni intervenute con riferimento al soggetto titolare o alla denominazione della struttura.
4. Nell'ipotesi di cui al comma 3 la Direzione centrale chiede l'eventuale documentazione inerente alla conformità ai requisiti di accreditamento e adotta, entro 30 giorni dal ricevimento della predetta documentazione, in caso di esito positivo il decreto di integrazione dell'accreditamento.
5. Fino al completamento del procedimento di integrazione dell'accreditamento le strutture interessate mantengono l'accreditamento e l'eventuale accordo contrattuale stipulato con l'azienda sanitaria competente per territorio.
6. Nelle more del completo allestimento e dell'accreditamento della nuova sede, qualora la sede precedentemente accreditata non consenta lo svolgimento dell'attività, il relativo accreditamento è sospeso. In tale caso la struttura di riabilitazione funzionale informa tempestivamente la Direzione centrale dell'indisponibilità della sede.
7. L'integrazione dell'accreditamento non determina una proroga della durata dell'accreditamento iniziale.

## **art. 17** accordi contrattuali

1. Le aziende sanitarie territorialmente competenti, in coerenza con la programmazione regionale che determina il fabbisogno e le risorse sulla base di requisiti e valutazioni di comparazione della qualità e dei costi, procedono alla stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 50 della legge regionale n. 17/2014, con le strutture accreditate ai sensi dell'articolo 12.
2. Le tariffe applicabili alle prestazioni oggetto degli accordi contrattuali sono determinate con deliberazione della Giunta regionale.

3. Le aziende sanitarie territorialmente competenti vigilano sul rispetto dell'accordo contrattuale e sulla qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie.
4. Le modalità di accesso alle prestazioni erogate dalle strutture di cui all'articolo 2 sono disciplinate con deliberazione di Giunta regionale.

### **art. 18** vigilanza della Direzione centrale

1. La Direzione centrale esercita attività di vigilanza nei confronti delle strutture accreditate, effettuando sopralluoghi di controllo quando venga a conoscenza di criticità che possano mettere a rischio la sicurezza dei pazienti e/o degli operatori.
2. In caso di rifiuto della struttura a sottoporsi ai sopralluoghi di cui al comma 1, la Direzione centrale adotta il provvedimento di sospensione dell'accredimento per un periodo di trenta giorni. Entro quindici giorni dalla scadenza di detto periodo, viene disposto un nuovo sopralluogo, anche senza preavviso. In caso di ulteriore rifiuto, la Direzione centrale adotta il provvedimento di revoca dell'accredimento.
3. L'attività di vigilanza è svolta dai valutatori incaricati ai sensi dell'articolo 3, commi 4 e 7. Nell'esercizio dell'attività di vigilanza si applicano le disposizioni dell'articolo 11.
4. Determina la sospensione dell'accredimento la mancata disponibilità della sede accreditata, nelle more del completo allestimento e del rilascio dell'autorizzazione per la nuova sede, nei casi di ampliamento o di trasferimento di cui all'articolo 16, comma 1.
5. Determina la revoca dell'accredimento la mancata comunicazione finalizzata all'integrazione dell'accredimento per le fattispecie di cui all'articolo 16, comma 3.
6. Le ipotesi di sospensione e revoca dell'accredimento non comportano la sospensione o la revoca dell'autorizzazione; l'eventuale sospensione o revoca dell'autorizzazione comporta automaticamente la sospensione o la revoca dell'accredimento.
7. La comunicazione di dati non veritieri, rilevata dalla Direzione centrale nella fase istruttoria di cui all'articolo 10, ovvero nelle fasi di monitoraggio o di vigilanza, comporta il diniego del rilascio dell'accredimento o la revoca dello stesso, ove già concesso; resta fermo quanto previsto dall'art. 76, del D.P.R. 28-12-2000, n. 445 *"Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"*.

### **art. 19** disposizioni transitorie e finali

1. Le strutture risultanti nell'elenco allegato alla D.G.R. 2 aprile 2015, n. 632 *"Ricognizione delle strutture sanitarie private di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche, psichiche e sensoriali"*, presentano domanda di autorizzazione alla azienda sanitaria competente per territorio entro e non oltre il termine perentorio di 1 mese, decorrente dalla entrata in vigore del presente regolamento.
2. Le strutture di cui al comma 1 presentano domanda di accreditamento alla Direzione centrale entro e non oltre il termine perentorio di 12 mesi, decorrente dalla entrata in vigore del presente regolamento, secondo le modalità previste dall'art. 9.
3. Le strutture di cui al comma 1 che presentano domanda di accreditamento svolgono la loro attività sulla base degli accordi contrattuali stipulati con le aziende sanitarie competenti per territorio fino al completamento del procedimento di rilascio dell'accredimento definitivo.
4. I procedimenti di autorizzazione e accreditamento di eventuali ulteriori strutture di riabilitazione funzionale sono avviati a seguito di determinazione del fabbisogno regionale.

### **art. 20** entrata in vigore

- 1.** Il presente regolamento entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione.



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

## REQUISITI AUTORIZZATIVI STRUTTURA DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE PER PORTATORI DI DISABILITA' FISICHE E SENSORIALI (EX ART. 26 L. 833/78)

Sono strutture eroganti erogano prestazioni per il recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche e sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa. Intervengono nella fase immediatamente post-acuta (anche dopo la dimissione ospedaliera) attraverso l'offerta di tutela sanitaria finalizzata al recupero degli esiti derivanti da episodi acuti o di funzioni lese o menomate attraverso prestazioni residenziali a ciclo diurno o continuativo, ambulatoriali e domiciliari.

N.	Requisito
<b>REQUISITI STRUTTURALI</b>	
RF.1	Localizzazione in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, o ben collegate mediante mezzi pubblici a centri urbani, al fine di evitare ogni forma di isolamento, difficoltà di incontro con le famiglie e di allontanamento dall'ambito sociale di appartenenza.
RF.2	Possono costituire presidi autonomi o essere ubicate all'interno di strutture sanitarie e socio sanitarie.
RF.3	La struttura è in possesso di agibilità.
RF.4	La struttura è in possesso di documentazione in materia di sicurezza elettrica ed impiantistica ai sensi della normativa vigente.
RF.5	La struttura è in possesso di documentazione relativa ai requisiti previsti dalle leggi vigenti in materia di sicurezza antincendio.
RF.6	La struttura garantisce sempre la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti affetti dalle diverse tipologie di disabilità, l'assenza di barriere architettoniche che limitino l'accesso o gli spostamenti dentro la struttura e l'utilizzo sicuro dei vari spazi e servizi.
RF.7	La struttura è in possesso di documentazione attestante il rispetto delle disposizioni previste dalle leggi vigenti in materia di igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro.
RF.8	La struttura è in possesso di documentazione attestante la manutenzione degli edifici e degli impianti
RF.9	Lo smaltimento dei rifiuti è attuato nel rispetto della normativa vigente.
RF.10	Vi è evidenza del rispetto del divieto di fumo.
RF.11	La struttura dispone di una adeguata segnaletica di orientamento esterna ed interna ben intelligibile, soprattutto in riferimento ai prevalenti deficit sensoriali degli ospiti.
RF.12	La dotazione strutturale e tecnologica è adeguata al regime in cui sono erogate le prestazioni: ambulatoriale, semiresidenziale e/o residenziale.
RF.13	Per le strutture ambulatoriali sono previsti i seguenti locali, in rapporto alla tipologia e al volume dei trattamenti effettuati:
RF.14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• locale attesa</li> </ul>
RF.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• locale per attività amministrative</li> </ul>
RF.16	<ul style="list-style-type: none"> <li>• palestra per la terapia riabilitativa di almeno 50 mq attrezzata per attività statiche e dinamiche;</li> </ul>
RF.17	<ul style="list-style-type: none"> <li>• locali/box per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari, per lo svolgimento di specifiche attività connesse alla tipologia di disabilità trattata;</li> </ul>
RF.18	<ul style="list-style-type: none"> <li>• locale/i per ergoterapia e/o terapia occupazionale;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• locale/i per terapia del linguaggio e/o riabilitazione cognitiva;</li> </ul>

RF.19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• locale/i per rieducazione psicomotoria;</li> </ul>
RF.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• locale/i attività pedagogico-educativa o addestramento professionale;</li> </ul>
RF.21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• locale spogliatoio/ guardaroba distinti tra personale e utenza;</li> </ul>
RF.22	<ul style="list-style-type: none"> <li>• locali/spazi distinti per deposito pulito e per deposito sporco;</li> </ul>
RF.23	<ul style="list-style-type: none"> <li>• servizi igienici distinti per personale e utenza;</li> </ul>
RF.24	<ul style="list-style-type: none"> <li>• i servizi igienici dell'utenza sono dotati di maniglioni e sostegni.</li> </ul>
RF.25	Qualora sia presente una piscina per usi riabilitativi, deve avere requisiti morfologici e funzionali nonché la dotazione di attrezzature specifiche per l'esercizio esclusivo di attività riabilitative e rieducative sotto il controllo sanitario specialistico.
RF.26	Per le strutture che erogano prestazioni in regime semiresidenziale, oltre i requisiti previsti per l'attività ambulatoriale devono essere presenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• sale da pranzo e di soggiorno;</li> </ul>
RF.27	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cucina/tisaneria.</li> </ul>
RF.28	Qualora la struttura semiresidenziale accolga bambini da 0 a 6 anni deve essere disponibile anche uno spazio per il riposo pomeridiano.
RF.29	Nelle strutture residenziali la camera di degenza deve avere dimensioni di almeno 12 metri quadri (singola) e 9 metri quadri per posto letto ( degenza multipla con non più di 4 letti per camera).
RF.30	L'arredo minimo della stanza è costituito da letto articolato, comodo e armadio di materiale ignifugo, lavabile e disinfettabile.
RF.31	La camera di degenza per portatori di disabilità fisica deve avere possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzina.
RF.32	E' presente almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto.
RF.33	Nella struttura residenziale devono essere inoltre previsti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• spazi di soggiorno e spazi per l'attività ludica e lo svolgimento delle attività espressive nelle diverse fasce di età qualora la struttura accolga pazienti minori;</li> </ul>
RF.34	<ul style="list-style-type: none"> <li>• almeno un servizio igienico attrezzato per la non-autosufficienza;</li> </ul>
RF.35	<ul style="list-style-type: none"> <li>• almeno 1 bagno assistito con doccia complanare o una vasca doccia o barella doccia per i portatori di disabilità fisica;</li> </ul>
RF.36	<ul style="list-style-type: none"> <li>• un servizio igienico per il personale;</li> </ul>
RF.37	<ul style="list-style-type: none"> <li>• locali, spazi di supporto alla degenza: depositi distinti per il materiale sporco e pulito, deposito per attrezzature e materiale di consumo.</li> </ul>
<b>REQUISITI TECNOLOGICI E GESTIONE DELLE TECNOLOGIE</b>	
RF.38	La Direzione della struttura dispone di un inventario aggiornato delle apparecchiature in dotazione; per ogni apparecchiatura sono descritti l'anno di acquisto e la sua collocazione.
RF.39	Le apparecchiature biomediche acquistate dopo il 15/6/98 devono possedere un certificato di conformità alla Direttiva Europea 93/42/CEE e/o presenza di marchiatura "CE" direttamente sul dispositivo. Le apparecchiature devono essere corredate della documentazione prevista dalla normativa vigente.
RF.40	Deve esistere un piano per la manutenzione preventiva (o ordinaria) delle apparecchiature biomediche, compresa l'esecuzione delle verifiche di sicurezza elettrica e deve essere documentata l'evidenza dell'esecuzione di queste attività.
RF.41	Devono esistere procedure o modalità operative per la manutenzione correttiva (o straordinaria) delle apparecchiature biomediche.
RF.42	La dotazione di attrezzature e presidi medico-chirurgici e diagnostico-terapeutici deve essere correlata al volume e alle tipologie di attività e aggiornata in relazione alle indicazioni di linee guida, conferenze di consenso, EBM (medicina basata sulle prove di efficacia) . In particolare devono essere presenti:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;</li> </ul>
RF.43	<ul style="list-style-type: none"> <li>• presidi necessari e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione;</li> </ul>
RF.44	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzature e dispositivi medici per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo.</li> </ul>
RF.45	In tutte le strutture deve essere presente un carrello per emergenza completo di defibrillatore e ventilatore manuale.
RF.46	La struttura residenziale deve essere dotata di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• impianto di illuminazione di emergenza</li> </ul>
RF.47	<ul style="list-style-type: none"> <li>• impianto di forza motrice nelle camere con almeno una presa per l'alimentazione normale;</li> </ul>
RF.48	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sistemi di chiamata adatti alle diverse tipologie di disabilità;</li> </ul>
RF.49	<ul style="list-style-type: none"> <li>• impianto gas medicali: prese per il vuoto, per l'ossigeno e l'aria ovvero sistemi mobili per l'ossigenoterapia e il vuoto/aspirazione;</li> </ul>
RF.50	<ul style="list-style-type: none"> <li>• impianto telefonico con disponibilità di telefoni mobili per i pazienti in ogni modulo.</li> </ul>
RF.51	Nelle camere di degenza la temperatura non deve essere inferiore a 20° C nella stagione invernale e non deve essere superiore a 28° C nella stagione estiva.
RF.52	Le camere di degenza e i bagni sono dotate di sistema di allarme.
RF.53	Nella struttura residenziale devono essere inoltre presenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• carrello per la gestione della terapia;</li> </ul>
RF.54	<ul style="list-style-type: none"> <li>• armadio farmaceutico chiuso a chiave;</li> </ul>
RF.55	<ul style="list-style-type: none"> <li>• frigorifero dedicato per la conservazione dei farmaci a T controllata;</li> </ul>
RF.56	Nelle strutture residenziali per portatori di disabilità fisica devono essere presenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• sollevatore elettrico con diverse tipologie di imbracatura;</li> </ul>
RF.57	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 sistema pesapersona disabili;</li> </ul>
RF.58	<ul style="list-style-type: none"> <li>• almeno 1 carrozzina ogni modulo di 10 PL con cuscino antidecubito;</li> </ul>
RF.59	<ul style="list-style-type: none"> <li>• presidi standard per l'assistenza protesica: presidi e ausili per la deambulazione e la mobilità del paziente;</li> </ul>
RF.60	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulatorio dotato di lettino elettrico ad altezza regolabile.</li> </ul>
RF.61	Qualora la struttura non usufruisca di un servizio di sterilizzazione esterno, è presente un sistema di sterilizzazione adeguato alle tipologie di strumenti in uso.
<b>ORGANIZZAZIONE E DIREZIONE DELLA STRUTTURA</b>	
RF.62	La direzione sanitaria della struttura è affidata ad un medico, cui è attribuita la responsabilità della gestione complessiva delle attività e che assolve alle funzioni igienico organizzative previste dalla normativa vigente.
RF.63	Devono essere le seguenti procedure per lo svolgimento delle principali attività di supporto, approvate dalla direzione sanitaria della struttura: <ul style="list-style-type: none"> <li>• pulizia e sanificazione degli ambienti;</li> </ul>
RF.64	<ul style="list-style-type: none"> <li>• modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione di tutti gli strumenti ed accessori;</li> </ul>
RF.65	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gestione dei rifiuti;</li> </ul>
RF.66	<ul style="list-style-type: none"> <li>• modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria</li> </ul>
RF.67	<ul style="list-style-type: none"> <li>• modalità per la gestione di situazioni di urgenza/emergenza.</li> </ul>

<b>REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE</b>	
RF.68	Le prestazioni ambulatoriali hanno una durata di almeno 60 minuti.
RF.69	Il funzionamento delle strutture a ciclo diurno (regime semiresidenziale) è di almeno 7 ore giornaliere per 5/6 giorni alla settimana.
RF.70	Ai pazienti in regime semiresidenziale è assicurata un'attività di riabilitazione funzionale complessiva di almeno 60 minuti al giorno.
RF.71	Ai pazienti in regime residenziale è assicurata un'attività di riabilitazione funzionale complessiva di almeno 60 minuti al giorno per 6 giorni alla settimana.
<b>RISORSE UMANE E STANDARD ASSISTENZIALI</b>	
RF.72	E' garantita la presenza di una equipe multidisciplinare e multiprofessionale composta da personale medico, infermieristico, da personale dell'area riabilitativa, psicologi e OSS.
RF.73	Il personale deve essere adeguato alla tipologia ed al volume delle attività svolte all'interno del presidio, e comunque deve essere garantita la presenza di almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• un medico, appartenente alla disciplina inerente l'attività di riabilitazione funzionale svolta nella struttura;</li> </ul>
RF.74	<ul style="list-style-type: none"> <li>• personale dell'area della riabilitazione in possesso dei requisiti necessari per lo svolgimento della specifica attività, durante l'orario di erogazione della stessa;</li> </ul>
RF.75	<ul style="list-style-type: none"> <li>• personale infermieristico tale da garantire la copertura della specifica attività ;</li> </ul>
RF.76	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uno psicologo;</li> </ul>
RF.77	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OSS</li> </ul>
<b>COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE</b>	
RF.78	Deve essere predisposta una carta dei servizi, da consegnare agli ospiti e/o ai loro familiari al momento dell'ingresso, contenente almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la dotazione di personale con le rispettive attribuzioni e compiti;</li> </ul>
RF.79	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le norme igienico sanitarie della struttura;</li> </ul>
RF.80	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>
RF.81	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'indicazione delle modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal S.S.R.;</li> </ul>
RF.82	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;</li> </ul>
RF.83	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le modalità di raccolta di segnalazioni e reclami.</li> </ul>
RF.84	Tutto il personale deve portare un cartellino che ne permetta l'univoca identificazione personale e per qualifica.
<b>CARTELLA SANITARIA E ASSISTENZIALE</b>	
RF.85	Per ogni ospite deve essere redatta una cartella sanitaria e assistenziale contenente tutte le informazioni sanitarie ( piano assistenziale e progetto riabilitativo) e sociali, periodicamente aggiornata dal personale.
RF.86	Le cartelle sanitarie, unitamente ai relativi referti, sono conservate illimitatamente.

Al Sig. Direttore Generale dell'azienda per l'assistenza sanitaria/azienda sanitaria universitaria integrata di..

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_ / \_\_\_ /

residente in ( \_\_\_\_\_ )

via / piazza \_\_\_\_\_ n°

codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

nella sua qualità di titolare/legale rappresentante

della ditta/società

con sede in ( \_\_\_\_\_ )

via / piazza n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_,

nome del Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

CHIEDE

IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE

per

- apertura
- adattamento
- trasformazione
- ampliamento
- trasferimento
- variazione

della struttura sanitaria \_\_\_\_\_

denominata \_\_\_\_\_

ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_

via / piazza n°

li

Firma (per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

Si allega la seguente documentazione di cui alle caselle barrate:

- copia del progetto già approvato dal Comune ai fini dell'autorizzazione di cui all'art. 4 del regolamento, completo di piante sezioni e prospetti con destinazione d'uso dei singoli locali;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante la conformità della struttura al progetto approvato dal Comune;
- certificato di agibilità dei locali
- relazione tecnica sulla conformità dei locali ai requisiti minimi strutturali, di cui all'Allegato 1 del regolamento;
- relazione tecnica concernente gli impianti di ventilazione artificiale e di riscaldamento;
- copia del certificato di Prevenzione Incendi, ove previsto;
- elenco degli impianti e delle attrezzature di cui si intende dotare il presidio;
- copia dell'atto costitutivo, se il richiedente è persona giuridica;
- dichiarazione firmata, secondo le forme di legge, di accettazione dell'incarico e della conseguente responsabilità da parte del Direttore sanitario designato;
- elenco degli impianti e delle attrezzature di cui è dotata la struttura;
- elenco delle attività e delle prestazioni che si intendono, rispettivamente, svolgere ed erogare.
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante eventuali condanne riportate ovvero di non aver riportato condanne penali.

FIRMA

-----

**DOCUMENTAZIONE DA TENERE A DISPOSIZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA**

Entro 30 giorni dalla comunicazione del completo allestimento della struttura, viene fissata la data per l'effettuazione dell'ispezione tecnica da parte della Commissione di Vigilanza; per tale data il titolare deve mettere a disposizione dell'ente che autorizza la seguente documentazione, prodotta nelle forme previste dalla legge:

- 1) documentazione comprovante il rispetto delle norme in materia di rifiuti sanitari;
- 2) certificato di conformità dell'installatore abilitato relativo all'impianto termico e/o all'impianto di ventilazione artificiale, ai sensi della L. 46/90;
- 3) certificato di conformità alle vigenti norme tecniche in materia di impianti di illuminazione artificiale;
- 4) progetto (completo di relazione tecnica) dell'impianto elettrico, con particolare riferimento alla norma CEI 64/8) firmato dal professionista iscritto all'albo professionale di categoria, e inoltre:
  - certificato di conformità dell'installatore in copia conforme (già depositata alla C.C.I.A.), preferibilmente su modulo definito dalla Legge 46/90 firmato dall'installatore; in particolare tale certificato deve riportare le norme di sicurezza che si sono osservate nell'esecuzione delle opere;
  - relazione di collaudo, eseguito da un tecnico qualificato, con tutte le indicazioni e le misure dei parametri verificati e l'attestazione di conformità alle norme;
  - denuncia impianto di "messa a terra" all'ISPESL dall'ente competente, e – se necessario – dell'impianto di protezione scariche atmosferiche;
- 5) documentazione tecnica e certificazioni relative alle apparecchiature elettromedicali (norme CEI 62/5).  
Qualora le apparecchiature fossero già in uso da tempo, deve essere fornita la documentazione di controllo della sicurezza delle stesse;
- 6) licenza di esercizio relativa agli ascensori e montacarichi;
- 7) relazione di collaudo degli impianti di erogazione gas medicali eseguita da tecnico qualificato;
- 8) ogni altra documentazione richiesta dal rispetto dei requisiti previsti dall'allegato 1 alla presente delibera.



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

## REQUISITI ACCREDITAMENTO STRUTTURA DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE PER PORTATORI DI DISABILITA' FISICHE E SENSORIALI (EX ART. 26 L. 833/78)

Sono strutture eroganti erogano prestazioni per il recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa. Intervengono nella fase immediatamente post-acuta (anche dopo la dimissione ospedaliera) attraverso l'offerta di tutela sanitaria finalizzata al recupero degli esiti derivanti da episodi acuti o di funzioni lese o menomate attraverso prestazioni residenziali a ciclo diurno o continuativo, ambulatoriali e domiciliari.

La tabella è composta di 6 colonne:

- la colonna 1 riporta un gruppo di lettere che individua la tipologia del requisito, RF= riabilitazione funzionale e la numerazione progressiva dei requisiti;
- la colonna 2 riporta la descrizione dei requisiti raggruppati per area tematica;
- la colonna 3, contrassegnata dalla lettera "E" individua i requisiti essenziali;
- la colonna 4 è riservata all'autovalutazione ed è compilata dalla struttura richiedente all'atto della presentazione della domanda di accreditamento; riporta le lettere "C", conforme, "NC" non conforme e "NA" non applicabile; tutti i riquadri devono essere compilati e per ciascun requisito la struttura richiedente deve selezionare una sola delle lettere sopraindicate;
- la colonna 5 è uno spazio per annotazioni della struttura in relazione e a completamento dell'autovalutazione; è richiesto di motivare sempre la non applicabilità di un requisito;
- la colonna 6 è riservata ai valutatori regionali dell'accREDITAMENTO istituzionale ed è compilata all'atto del sopralluogo per la verifica della conformità ai requisiti.

N.	Requisito	E	Autovalutazione	Note	Verifica valutazione
<b>ORGANIZZAZIONE E DIREZIONE DELLA STRUTTURA</b>					
RF.1	La Direzione ha redatto e aggiornato, in caso di variazione, un documento che descrive la struttura organizzativa e definisce le responsabilità di coordinamento e controllo delle attività.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.2	La Direzione ha stabilito le modalità della sua sostituzione in caso di assenza.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.3	La Direzione ha definito e aggiornato in caso di variazione le funzioni che ogni figura professionale è chiamata a svolgere.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
<b>SISTEMA INFORMATIVO</b>					
RF.4	La Direzione della struttura garantisce la raccolta e la trasmissione informatizzata di dati secondo le disposizioni regionali e nazionali tale da permettere il monitoraggio continuo delle attività.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.5	La Direzione ha definito e regolamentato le procedure di accesso agli archivi nel rispetto della riservatezza richiesta.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.6	La Direzione ha stabilito la modalità di identificazione e rintracciabilità dei documenti.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA

<b>STANDARD DI PERSONALE, ADDESTRAMENTO E FORMAZIONE</b>				
RF.7	<p>La struttura deve garantire gli standard assistenziali previsti per il livello di appartenenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nelle strutture residenziali per persone disabili gravi, gli standard qualificanti sono: <ul style="list-style-type: none"> <li>Infermiere h 24</li> <li>Assistenza medica: 180 minuti / die per nucleo di 20 PL</li> <li>Assistenza globale (infermieri e OSS): 160 min/pz/die</li> <li>Terapia Riabilitativa compresa tra 60 e 180 min/pz/die</li> </ul> </li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>nelle strutture residenziali di livello base per disabili, gli standard qualificanti sono: <ul style="list-style-type: none"> <li>Infermiere h 24</li> <li>Assistenza medica: 80 minuti /die per nucleo di 20 PL</li> <li>Assistenza globale (infermieri e OSS): 160 min/pz/die</li> <li>Terapia Riabilitativa: almeno 60 min/pz/die</li> </ul> </li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.9	<ul style="list-style-type: none"> <li>nelle strutture semiresidenziali per persone disabili gravi, gli standard qualificanti sono: <ul style="list-style-type: none"> <li>Infermiere almeno 7 h/die ogni 20 pazienti</li> <li>Assistenza medica: 180 minuti/die ogni 20 pazienti</li> <li>OSS almeno 7 h/die ogni 20 pazienti</li> <li>Terapia Riabilitativa: compresa tra 60 e 180 min/pz/die</li> </ul> </li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>nelle strutture semiresidenziali di livello base per disabili, gli standard qualificanti sono: <ul style="list-style-type: none"> <li>Infermiere almeno 7 ore /die ogni 20 pazienti</li> <li>Assistenza medica: 80 minuti/die ogni 20 pazienti</li> <li>OSS almeno 7 ore/die ogni 20 pazienti</li> <li>Terapia Riabilitativa: almeno 60 min/pz/die</li> </ul> </li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.11	La documentazione relativa ai turni del personale deve essere conservata per almeno 5 anni.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.12	<p>La Direzione ha stabilito le responsabilità, le modalità e i tempi per l'inserimento, affiancamento e addestramento del personale di nuova acquisizione attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>documentazione</li> </ul>	<b>E</b>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.13	<ul style="list-style-type: none"> <li>piano di affiancamento per l'addestramento del personale</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA

RF.14	Deve essere predisposto un piano annuale di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile e vi deve essere evidenza della partecipazione del personale alle attività formative previste, in particolare in tema di cure palliative, di rianimazione cardiorespiratoria e corrette modalità di utilizzo, compreso l'uso dei DPI previsti, di manutenzione e sulle procedure di dismissione delle apparecchiature biomediche in uso.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
<b>ORGANIZZAZIONE E REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO: LINEE GUIDA, PROCEDURE , REGOLAMENTI</b>				
RF.15	Le prestazioni ambulatoriali sono erogate in forma individuale o a piccoli gruppi, anche a domicilio e in sede extramurale. Nel caso di trattamento di piccolo gruppo, lo stesso deve essere costituito da un numero massimo di 6 persone e deve essere assicurata la durata minima di 60 minuti.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.16	La prestazione ambulatoriale individuale ha una durata minima di 60 minuti.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.17	Il funzionamento delle strutture a ciclo diurno (regime semiresidenziale) è di almeno 7 ore giornaliere e per almeno 5/6 giorni la settimana.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.18	Per ogni singolo paziente deve essere formulato e redatto un progetto riabilitativo della equipe multiprofessionale, comprendente almeno i seguenti elementi : <ul style="list-style-type: none"> <li>• gli obiettivi;</li> <li>• gli interventi da realizzare con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità;</li> <li>• i tempi;</li> <li>• le modalità di verifica;</li> <li>• la durata prevista.</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.19	La Direzione ha approvato e reso disponibili e aggiornate linee guida basate sulle prove di efficacia per le prestazioni/servizi erogati per le patologie prevalenti.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.20	Protocolli, procedure, percorsi clinico-assistenziali sono predisposti in maniera integrata con il coinvolgimento dei professionisti interessati e anche dei pazienti, familiari e associazioni di volontariato se è prevista la loro collaborazione.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.21	Il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che sono facilmente accessibili, e che vanno tempestivamente aggiornati al variare delle condizioni e comunque confermati od aggiornati almeno ogni tre anni.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.22	La Direzione ha regolamentato l'organizzazione delle attività nel rispetto dei ritmi e delle abitudini di vita dei pazienti.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.23	La Direzione ha reso operanti modalità di erogazione delle attività clinico-assistenziali nel rispetto dei valori e delle credenze dei pazienti.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA

RF.24	La Direzione ha regolamentato le modalità per garantire la privacy e la riservatezza del paziente.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.25	La Direzione ha approvato procedure per l'assistenza ai pazienti che si trovano in condizioni di fragilità.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.26	La Direzione ha stabilito e diffuso le modalità per la riduzione di barriere fisiche, linguistiche, culturali e di altro genere per l'accesso ai servizi.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
<b>COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE E CONSENSO</b>				
RF.27	La Direzione predispone, redige e aggiorna la documentazione informativa per l'utenza con l'apporto dei responsabili e del personale e, se presenti, con l'apporto delle associazioni di volontariato.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.28	La Direzione ha definito le modalità con le quali l'utente viene informato prima dell'esecuzione di una prestazione e il personale autorizzato a raccogliere il consenso.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.29	Sono presenti, oltre il consenso informato, modalità documentate per fornire informazioni con sistematicità sulle condizioni cliniche e i trattamenti previsti al fine di consentire la partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e il coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver nei percorsi di cura.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.30	Devono essere adottate e deve essere monitorato l'utilizzo delle seguenti procedure: <ul style="list-style-type: none"> <li>l'addestramento del familiare/ caregiver prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita;</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.31	<ul style="list-style-type: none"> <li>le modalità di partecipazione del paziente e dei suoi familiari al processo assistenziale.</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
<b>VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO E DEGLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALLE PRESTAZIONI SANITARIE E PROMOZIONE DELLA SICUREZZA</b>				
RF.32	La Direzione ha adottato e diffuso un programma per la prevenzione dei rischi, con l'identificazione di settori, pratiche, procedure e processi potenzialmente rischiosi per i pazienti, gli operatori, i visitatori.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.33	La Direzione ha stabilito e diffuso le modalità per il monitoraggio degli eventi avversi e adottato un sistema di segnalazione (incident reporting).		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.34	Gli eventi avversi sono analizzati al fine di ridurre il rischio al minimo accettabile, in una logica gestionale proattiva e i risultati sono comunicati agli operatori.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
<b>VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>				
RF.35	La Direzione ha designato un Responsabile della qualità che abbia autorità e responsabilità per attivare programmi di miglioramento della qualità.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA

RF.36	La Direzione ha approvato e diffuso un piano, almeno triennale, per il miglioramento della qualità che individua l'ordine di priorità dei processi da monitorare e delle attività di miglioramento da implementare e specifica obiettivi, responsabilità, risorse, tempi ed indicatori di verifica.	<b>E</b>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.37	I risultati dei progetti di miglioramento della qualità sono comunicati agli operatori.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.38	Il piano di miglioramento della qualità è sottoposto periodicamente, almeno ogni tre anni, a revisione (coerenza, svolgimento, risultati, costi, ecc.).		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
<b>VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE</b>				
RF.39	La Direzione ha attivato modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione attraverso l'analisi del clima organizzativo e/o soddisfazione degli operatori.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.40	La Direzione ha stabilito le modalità di ascolto degli utenti attraverso la raccolta di segnalazioni/reclami, l'ascolto attivo e/o la valutazioni della soddisfazione degli utenti.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.41	La Direzione ha attivato una modalità sistematica di comunicazione ai responsabili delle articolazioni organizzative dei risultati delle attività di ascolto degli utenti.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
<b>GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE</b>				
RF.42	Il personale della struttura ha adottato procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza attraverso la corretta igiene delle mani.	<b>E</b>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.43	Il personale della struttura ha adottato procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in conformità al programma regionale.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.44	Il personale della struttura di degenza ha adottato procedure che garantiscano una adeguata prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito.	<b>E</b>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.45	Il personale della struttura ha adottato procedure che garantiscano una adeguata prevenzione del rischio di danno al paziente a seguito di caduta accidentale.	<b>E</b>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.46	Il personale della struttura ha adottato procedure per la prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da comportamenti aggressivi, auto etero lesivi, non adesione al trattamento e da volontà di allontanamento della persona assistita e per il superamento della contenzione.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.47	Il personale della struttura di degenza ha adottato procedure di sicurezza per le condizioni clinico assistenziali ad elevato rischio di errore in conformità al programma nazionale e regionale sulla sicurezza dei pazienti in particolare in tema di:	<b>E</b>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA

RF.48	<ul style="list-style-type: none"> <li>• corretta identificazione dei pazienti</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.49	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.50	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.51	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prevenzione del suicidio di paziente</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
<b>CARTELLA SANITARIA E ASSISTENZIALE</b>					
RF.52	<p>E' stata adottata una procedura per la compilazione della cartella sanitaria e assistenziale comprensiva almeno di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• modalità di compilazione</li> </ul>	<b>E</b>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.53	<ul style="list-style-type: none"> <li>• identificazione delle responsabilità per la compilazione</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.54	<ul style="list-style-type: none"> <li>• modalità di trasmissione dei dati clinico-assistenziali al fine di assicurare la gestione interdisciplinare e interprofessionale dei bisogni sanitari e assistenziali.</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.55	<p>Nella cartella sono disponibili almeno le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• valutazione multidimensionale e/o di funzionalità attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione, dimissione e con periodicità stabilita</li> </ul>	<b>E</b>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.56	<ul style="list-style-type: none"> <li>• anamnesi ed esame obiettivo</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.57	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prescrizioni diagnostiche</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.58	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prescrizioni e somministrazioni terapeutiche</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.59	<ul style="list-style-type: none"> <li>• annotazioni sul decorso clinico del paziente ed eventuali rivalutazioni dello stesso</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.60	<ul style="list-style-type: none"> <li>• reazioni avverse</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.61	<ul style="list-style-type: none"> <li>• valutazione del dolore, la terapia antalgica e il risultato antalgico</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.62	<ul style="list-style-type: none"> <li>• registrazione, all'accoglimento e durante il soggiorno nella struttura, di dati di tipo assistenziale</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA

RF.63	<ul style="list-style-type: none"> <li>piano assistenziale/piano riabilitativo individuale corrispondente ai problemi/bisogni identificati</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.64	<ul style="list-style-type: none"> <li>registrazione di interventi valutativi ed assistenziali di tutti i professionisti ed operatori dell'equipe multiprofessionale e multidisciplinare.</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.65	Nella cartella c'è evidenza di consenso informato per procedure e trattamenti per i quali è richiesto.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.66	Nella cartella sono riportati tutti i referti/rapporti di consulenza.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.67	Nella cartella è presente copia della lettera di dimissione/ relazione conclusiva.	<b>E</b>	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.68	<p>Nella lettera di dimissione/relazione conclusiva sono presenti almeno i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le condizioni dell'assistito al momento della dimissione</li> <li>le cure ed assistenza fornite e gli esiti</li> <li>la terapia consigliata alla dimissione</li> <li>indicazioni per la prosecuzione delle cure e i servizi eventualmente attivati</li> <li>le modalità di contatto con la struttura</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.69	<p>Per i pazienti che necessitano di dimissione protetta è:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>garantita la continuità assistenziale concordata con gli operatori del distretto di appartenenza;</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
RF.70	<ul style="list-style-type: none"> <li>assicurata l'informazione al paziente e/o ai familiari e caregiver sul percorso assistenziale concordato con il distretto.</li> </ul>		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA

VISTO: IL PRESIDENTE