

2.0.3. Requisiti Organizzativi Generali

Ad integrazione dei requisiti previsti ai punti 1.0.2. e 1.2.3., devono essere posseduti i requisiti sottoelencati.

Nei presidi autonomi ovvero nei presidi inseriti in complessi che comprendono strutture residenziali socio-sanitarie deve essere previsto un direttore sanitario con i requisiti di legge.

All'interno delle strutture per post-acuzie ad alta recettività complessiva ovvero con più articolazioni funzionali e nei complessi polifunzionali, così come nelle strutture ambulatoriali nelle quali coesistono nella stessa unità immobiliare più tipologie funzionali (ad es. laboratorio analisi, diagnostica per immagini, e riabilitazione) riconducibili ad un unico soggetto titolare, deve essere previsto, in analogia a quanto disposto per le strutture di ricovero, un unico direttore sanitario in possesso di specializzazioni in igiene e medicina preventiva (o titolo equipollente).

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che, per unità operative di 20 posti deve essere composta da:

- medico dirigente in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore;
- infermieri professionali per ogni turno;
- tecnici della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 741; terapeuta occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 136; terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742);
- il personale professionista sanitario per la riabilitazione deve essere in possesso dello specifico titolo professionale abilitante o di un titolo reso equipollente in forza di legge;
- psicologo e assistente sociale (anche non dedicati);
- medici specialisti a consulenza.

Il numero degli operatori deve essere correlato alle caratteristiche particolari dell'utenza assistita.

E' opportuno l'intervento di personale riabilitativo anche durante la fase acuta della patologia.

In presenza di due o più unità operative deve essere garantita la presenza di una dirigenza infermieristica.

Per ogni paziente deve essere assicurata:

- la valutazione multidimensionale, attraverso appositi strumenti validati, dei problemi/bisogni sanitari, riabilitativi, cognitivi, psicologici e di nursing della persona al momento dell'ammissione e periodicamente;

- la predisposizione di un piano di assistenza individualizzato ovvero uno o più progetti riabilitativi alla cui redazione collaborano i componenti dell'equipe professionale, ciascuno per le proprie competenze, corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- l'istituzione di una cartella personale contenente tutte le informazioni sanitarie necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata dal personale.

Devono essere definiti e documentati i collegamenti funzionali con le strutture di emergenza.

Devono esistere procedure formalizzate di raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente anche al fine di garantire l'eventuale continuità degli interventi riabilitativi dopo la dimissione.

Devono esistere modalità operative che facilitino le relazioni con la famiglia e favoriscano la partecipazione della stessa al progetto riabilitativo, soprattutto per pazienti appartenenti all'età evolutiva e all'area della senescenza.